

PALABRAS DE BIENVENIDA

Mons. Dr. Alfredo Zecca

. Rector de la Pontificia Universidad Católica
Argentina

Jueves 12 de octubre de 2006

Como Rector de esta Casa deseo darles la más cordial bienvenida a todos ustedes, en especial a los que han venido del exterior: de Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay. Lo mismo para los que vienen de más lejos en el país: desde Salta y hasta Chubut.

Hace unos cuantos años, los obispos argentinos vienen hablando del concepto de la deuda social. Nosotros hemos procurado preguntarnos qué implica este término y a la luz de eso surgió un equipo interdisciplinario que elaboró el Barómetro de la Deuda Social Argentina, un índice no sólo puramente cuantitativo, como son normalmente las encuestas del Indec, sino que también contempla aspectos cualitativos. Es decir, se pregunta por la calidad de vida de la gente, cuánto tiempo puede dedicar determinado sector a estudiar, cuánto tiempo libre tiene, cuáles son sus posibilidades de salir a pasear, de juntarse con su familia. Ese barómetro nos va dando ciertos indicadores de la evolución de la problemática social, que debo decir, son muy apreciados como contribución, por la Comisión de Pastoral Social del Episcopado, y en general, por diversas entidades. No diría que son universalmente aceptados, porque a veces el gobierno se pone inquieto y se enoja porque le decimos que la brecha entre ricos y pobres no se ha abreviado sino que se ha ensanchado, entonces de pronto llama algún secretario de presidencia o algún ministro para quejarse.

Además del barómetro, estamos acreditando ante la CONEAU (Comisión Nacional de Acreditación y Evaluación Universitaria) una maestría en Doctrina Social de la Iglesia. Hemos firmado un convenio de cooperación con el Instituto de Teología Pastoral, *Redemptor Hominis*, de la Pontificia Universidad Lateranense, que tiene un programa de Doctrina Social de la Iglesia. Mediante dicho convenio - no daremos títulos en común, pero sí estamos trabajando en comunión, ellos nos aportan profesores y podremos enviar docentes allá para formarse- aspiramos a constituirnos en una referencia de nivel universitario en Doctrina Social de la Iglesia.

Por eso, decidimos seguir el mismo camino que el Instituto *Redemptor Hominis*: ofrecer una maestría para el que posea título profesional de grado y un diploma -aunque no tenga validez civil- que ofrece una formación en doctrina social para quien carezca un título de grado. Nuestra intención es acreditarlo, por eso lo presentamos para que tenga validez civil. No nos queremos contentar con una validez eclesiástica, que bastaría con la presencia de nuestra universidad y, más aún, con el respaldo de la Universidad Lateranense y del Pontificio Consejo de Paz y Justicia, dado que el Cardenal Martino nos ha ofrecido un auspicio oficial a nuestra maestría. De esta manera, podremos realmente acreditar la maestría en doctrina social como

un punto de referencia importante.

Hay que poner mucha atención en la problemática social. El tema de la vida es fundamental. También hay otros temas relevantes que hacen a la calidad de vida, las posibilidades de desarrollo humano, el cumplimiento de la justicia, valores como la solidaridad, etc., que son muy importantes. La situación nacional y continental exigen evidentemente atención y la universidad está llamada a hacer un aporte desde su propio plano que es el plano de la reflexión, de la investigación y de la docencia. Por eso me alegro de que este *Congreso Internacional de Bioética Personalista. La agenda Bioética en Argentina*, ofrezca la posibilidad de plantearnos nuevamente los desafíos sobre la vida y las ciencias de la salud, tanto en las políticas internacionales como en las nacionales.

Es importante tomar conciencia de lo que está sucediendo, creo que eso intenta expresar la palabra agenda. Cuando uno repasa la agenda quiere ver la realidad, qué es lo que se espera que acontezca en el plano inmediato, porque es lo que está programado. Es fundamental saber lo que sucede en Argentina, en países vecinos, especialmente del Mercosur, que a pesar de que los políticos no pasan de declaraciones formales, hay que constituirlo realmente en un núcleo de fuerzas regional. Estoy convencido de que el Mercosur no se construye de arriba hacia

abajo, por voluntad política, sino al revés, de abajo hacia arriba.

El Mercosur va a adquirir mayor incidencia cuando las universidades comencemos a intercambiarnos, cuando nuestros estudiantes vayan a otros países, otros vengan acá, porque eso nos irá ligando de manera imperceptible, serán compañeros, se vincularán en empresas, se constituirán matrimonios, y así se gestan las cosas... El Mercosur, por tanto, no puede surgir como una especie de voluntad política abstracta. Al contrario, el Mercosur es verse la cara, repasar las agendas, tener un referente... así iremos construyendo una región vigorosa.

Y evidentemente la Iglesia mira con atención al mundo académico católico, en particular las universidades católicas, para que no dejen de hacer su aporte a la construcción de una nación, que debe ser una nación de hermanos, y para que hagan un aporte a la unidad, concordia, justicia y sabiduría.

En contextos y conversaciones diferentes, con el Cardenal Martino, presidente del Pontificio Consejo Justicia y Paz, con el Cardenal Poupard, presidente del Consejo Pontificio de la Cultura, y con el Cardenal Zenon Grocholewski, prefecto de la Congregación para la Educación Católica, me ha impresionado que los tres me insistieran en un mismo punto: hoy día el mundo exige de la igle-

sia transparencia y una identidad marcada con apertura al diálogo. A veces hay gente que cree que estar en actitud de diálogo significa negarse a la identidad, cuando es justamente al revés, uno no puede dialogar si no sabe quién es. Marcar la identidad no es cerrarse, sino saber quien soy, ofrecer lo mío y dejarse interpelar por el otro que puede aportar también lo suyo, y además con la mejor actitud de encontrar la porción de la verdad que aún se puede esconder bajo el error, porque a veces no hay nada tan erróneo como para que uno no pueda descubrir una parte de verdad.

En este sentido, la apertura al mundo que tienen que hacer las universidades, debe llevar a ver la verdad, a sostener una actitud de diálogo, pero a la vez mantener una identidad católica. En otra larga conversación con el Pr. Mgr. Guy-Réal Thivierge, secretario general de la Federación Internacional de Universidades Católicas (FIUC), con quien me encontré en Roma, surgió la necesidad de preguntarnos sobre la identidad católica de la universidad católica. Porque este tema no

está resuelto, uno piensa que todas las universidades católicas creen que deben mantener su identidad católica. Se equivoca. Muchas creen que no debe ser así. Esta es también una preocupación de la Congregación de Educación Católica que viene estudiando el tema. Por su parte, el Pr. Thivierge de la FIUC proponía unir esfuerzos de universidades que están convencidas –como la nuestra– para reflexionar y planear un congreso donde se discutiera seriamente a nivel universal. Por lo tanto, creo que es fundamental que las universidades católicas miremos la realidad en los grandes temas de la cultura, que son los temas que nos desafían. El que ustedes tienen entre manos es un tema esencial al cual no podemos menos que prestarle la máxima atención.

No quiero extenderme más, simplemente les reitero mi cordial bienvenida, les deseo un trabajo muy fructífero, que sea de calidad y con una impronta católica. Espero que salgan más animados a la reflexión y a seguir en esta dura lucha por preservar valores que son fundamentales para la humanidad.

LEGISLACIÓN, POLÍTICAS PÚBLICAS Y PROYECTOS SOBRE LA VIDA Y LA FAMILIA EN LA ARGENTINA

Jueves 12 de octubre de 2006

Lic. María Inés Franck

- Lic. en Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales de la Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA)
- Profesora adjunta en la cátedra "Análisis del Universo Político" del Instituto de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales de la UCA
- Doctoranda en Sociología
- Perito de la Comisión de Seguimiento Legislativo de la Conferencia Episcopal Argentina
- Coordinadora Académica del Programa de Evangelización de la Cultura de la UCA
- Directora del Servicio de Comunión para la Política del Movimiento FUNDAR

Palabras clave

- Sistema legal argentino
- Vida
- Familia

RESUMEN

En este artículo la autora brinda un interesante estudio, ordenado jerárquicamente, de los textos legislativos de Argentina que hacen mención a la vida y la familia. Luego señala que a partir de este sistema, que en sí no ha sido modificado hasta la actualidad, se vienen estableciendo una serie de leyes y decisiones judiciales y administrativas –que enumera y contextualiza–, que en algunos aspectos se contraponen a los conceptos y principios emanados del orden jurídico vigente.

TEXTOS JURÍDICOS QUE REGULAN LAS CUESTIONES DE LA FAMILIA Y LA VIDA EN ARGENTINA

La vida y la familia son cuestiones que están hoy en día en el centro del debate jurídico. Por ello se me ha pedido una breve reseña sobre el estado de esta cuestión en el sistema legal argentino.

En este sentido, debemos primero hacer una referencia a los principales textos legislativos por los cuales nuestro país debe regirse al respecto. Surge así la primera referencia de nuestro sistema jurídico, esto es, la Constitución Nacional. De todo su articulado, aquel que más nos clarifica es el inciso 22 del art. 75. En este inciso los constituyentes otorgan jerarquía constitucional a una serie de tratados internacionales, es decir, los sitúan por encima de las leyes.

La Convención Americana sobre Derechos Humanos, también conocida como el Pacto de San José de Costa Rica, y la Convención sobre los Derechos del Niño, se encuentran entre los enumerados en este artículo.

Esta última Convención había sido previamente aprobada, con reservas, por el Congreso, por medio de la ley 23.849. Dichas reservas incluían el texto del art. 1 de la Convención, afirmando que la Argentina entiende por niño a “todo ser humano desde el momento de su concepción y hasta los dieciocho años de edad”. Este instrumento internacional, entonces, es interpretado por la Argentina de manera favorable al plazo máximo de existencia de la vida: la concepción.

También el Pacto de San José de Costa Rica, en su art. 4°, afirma el respeto a la vida desde la concepción.

Hasta aquí los tratados internacionales reconocidos por la Constitución con jerarquía superior a las leyes argentinas.

Por su parte, el inc. 23 del art. 75 de la Constitución Nacional reconoce la protección de los derechos del niño, desde el embarazo; y en el art. 33, al hacerse referencia a los derechos inherentes a la Persona que no están implícitos en la Constitución, se reconoce en éstos el Derecho a la Vida.

Bajando un peldaño en la jerarquía de los textos legislativos que nos rigen, el Código Civil, en sus artículos 63 y 70, reconoce el comienzo de la existencia de la persona en el momento de la concepción. Concordantemente, el art. 51 del mismo Código define como “personas de existencia visible” a todo el que presente signos de humanidad, y el art. 264 regula el instituto de la patria potestad desde la concepción.

A su vez, el Código Penal en su art. 85 reprime al que causare un aborto. Si bien en el art. 86 se enuncian dos casos de no punibilidad, este hecho no reconoce derechos, al igual que todos los casos de no punibilidad; sólo implican excepciones a la ley penal. La cuestión de que un hecho criminal no sea penado, no implica que se constituya en derecho.

El mismo Código Penal, en otro artículo (art. 91) prohíbe la esterilización, lo cual es ratificado por la ley 17.132, de regulación del ejercicio de la Medicina que, en su art. 20, prohíbe la esterilización voluntaria.

A partir de este sistema, que en sí no ha sido modificado hasta la actualidad, se vienen estableciendo una serie de leyes y decisiones judiciales y administrativas, que en algunos aspectos se contraponen a los conceptos y principios emanados del orden jurídico vigente.

LEYES, SENTENCIAS Y DECISIONES ADMINISTRATIVAS MÁS RECIENTES

La esterilización quirúrgica voluntaria

Cabe destacar, no obstante, que tanto en el Código Penal como en la ley de ejercicio de la Medicina, la esterilización se contaba entre las prácticas prohibidas y penalizadas.

En el mes de junio de 2006, un reciente fallo de la Corte Suprema de Justicia, sobre la base de un dictamen de la Procuradora Fiscal, dispuso la continuidad de una acción de amparo tendiente a practicar una “**ligadura de trompas**” en la provincia de Salta. La causa había sido iniciada por una madre que pretendía –luego del momento de parir su cuarto hijo– ser sometida al acto quirúrgico de “ligadura de trompas”, alegando que tanto ella como su cónyuge se encuentran sin trabajo, sólo reciben un subsidio por el “Plan Jefes de Hogar” y que se encuentran en situación de “pobreza extrema”. Fundamentaba su pedido en el “derecho a la salud”, en el “resguardo de su familia” y en un supuesto derecho a la “autodeterminación”. El dictamen de la Fiscal, que la mayoría de la Corte hace suyo, considera que la denegatoria del amparo constituye un “exceso ritual”, que no consideró “pruebas suficientes” sobre la violación de los derechos antes mencionados y que ocasiona “agravios de imposible reparación ulterior”. Por estos fundamentos, haciendo lugar a la queja, se dispone que continúe la acción de

amparo. [1]

Ya el 26 de enero de 2006, la Legislatura de Mendoza había sancionado la ley provincial n° 7.456, por la cual se autorizaba “a los profesionales médicos a realizar en los establecimientos hospitalarios estatales o privados de la provincia, debidamente habilitados para el ejercicio de la medicina por el Ministerio de Salud u organismo que lo reemplace, tanto en hombres como en mujeres, las prácticas médicas destinadas a obtener la contracepción quirúrgica, con métodos reversibles”, efectuadas “por indicación terapéutica correspondiente y/o a requerimiento de hombres o mujeres”, los cuales “deberán expresar su consentimiento en forma escrita, respetándose el derecho a la autodeterminación”.

Y, anteriormente, en los años 2000 y 2003, tanto la provincia de Río Negro como la de Neuquén habían ya sancionado leyes que autorizaban los métodos contraceptivos quirúrgicos para mujeres y hombres, en el marco de sus respectivos Programas provinciales de Salud Reproductiva”. [2]

Finalmente, en agosto de 2006, el Congreso Nacional sancionó la ley 26.130, aprobando el “Régimen para las intervenciones de contracepción quirúrgica”.

El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

Con respecto a las normas de naturaleza legislativa, constituyó un hecho de gran relevancia la aprobación, en el año 2002, de la ley 25.673 (de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable), y su decreto reglamentario 1282/03. Este decreto contiene diversas disposiciones que analizaremos a continuación:

Derecho de los padres: el decreto violenta el texto de la Convención de los Derechos del Niño tal como fue acogida por la República Argentina y desvirtúa lo dispuesto por la ley 25.673 cuando afirmaba que “la ley se inscribe en el marco del ejercicio de los derechos y obligaciones que hacen a la patria potestad”. Precisamente, el art. 4 de la reglamentación dispone: “a los efectos de la satisfacción del interés superior del niño, considérese al mismo beneficiario, sin excepción ni discriminación alguna, del más alto nivel de salud y dentro de ella de las políticas de prevención y atención en la salud sexual y reproductiva en consonancia con la evolución de sus facultades. En las consultas se propiciará un clima de confianza y empatía, procurando la asistencia de un adulto de referencia, en par-

[1] Fuente: Servicio a la Vida del Movimiento FUNDAR – Gacetilla 171 – 21 de junio de 2006 – www.movimientofundar.org

[2] Fuente: Servicio a la Vida del Movimiento FUNDAR – Gacetillas 31 y 93 – www.movimientofundar.org

ricular en los casos de los adolescentes menores de catorce (14) años. Las personas menores de edad tendrán derecho a recibir, a su pedido y de acuerdo a su desarrollo, información clara, completa y oportuna; manteniendo confidencialidad sobre la misma y respetando su privacidad. En todos los casos y cuando corresponda, por indicación del profesional interviniente, se prescribirán preferentemente métodos de barrera, en particular el uso de preservativo, a los fines de prevenir infecciones de transmisión sexual y VIH/ SIDA. En casos excepcionales, y cuando el profesional así lo considere, podrá prescribir, además, otros métodos de los autorizados por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), debiendo asistir las personas menores de catorce (14) años, con sus padres o un adulto responsable”.

Varias son las observaciones que se pueden hacer al respecto. En primer lugar, sólo es obligatoria la intervención de los padres o de un adulto responsable en caso de prescripción de métodos a personas “menores de 14 años”. Para sustentar esta postura se afirma que desde los 14 años el Código Civil presume el “discernimiento” para los actos lícitos. Ignora el decreto, sin embargo, que el mismo Código Civil dispone que las personas menores de 21 años son “incapaces de hecho”, sólo tienen capacidad para los actos que la ley les autoriza otorgar (art.

55) y que la intervención de los padres, sus representantes, está prescripta en las normas sobre patria potestad. Una armónica interpretación de la legislación vigente hace obligatoria la intervención de los padres en todos los casos. Pero el decreto avanza más. Diferencia “consultas” de “prescripción” de métodos. En las consultas dice que sólo hay obligación de “procurar” la asistencia de un adulto de referencia, abriendo una brecha para que se actúe sobre una persona menor de cualquier edad al margen de la familia. Por otro lado, ni siquiera habla de “padres o tutor” y recurre al concepto de “adulto responsable”, que es deliberadamente ambiguo, sin que se aclare qué vinculación debe guardar dicho “adulto” con el niño o con sus padres. Se deja margen para abusos que terminan desprotegiendo a las personas menores de edad.

Habla luego el decreto de “confidencialidad” y “respeto a la privacidad” y parece abarcar a todos los menores, incluyendo los que son menores de 14 años. Subyace aquí una visión de “desconfianza” hacia la familia. Es cierto que en ciertas circunstancias una persona menor de edad puede sufrir violencia en el mismo seno de la familia, pero la excepción no puede tornarse como regla y tales casos deben ser tratados en el marco de la legislación vigente, con la debida intervención de los Asesores de menores.

Luego, absolutiza los métodos de barrera y ordena que sean prescriptos “en todos los casos”: ¿Cómo puede un decreto reglamentario avanzar de esta manera sobre la vida íntima de las personas menores de edad imponiendo un estilo de vida?

En síntesis, el decreto reglamentario vulnera otra de las reservas realizadas por la Argentina a la Convención sobre los Derechos del Niño, con rango constitucional, a saber: “la República Argentina, considerando que las cuestiones vinculadas con la planificación familiar atañen a los padres de manera indelegable de acuerdo a principios éticos y morales, interpreta que es obligación de los Estados, en el marco de este artículo, adoptar las medidas apropiadas para la orientación de los padres y la educación para la paternidad responsable”.

Objeción de conciencia: reconociendo las múltiples críticas que merece la ley, el decreto reglamentario reconoce el derecho a la objeción de conciencia de los profesionales. En efecto, el art. 10 de la reglamentación dispone: “Se respetará el derecho de los objetores de conciencia a ser exceptuados de su participación en el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable previa fundamentación, y lo que se enmarcará en la reglamentación del ejercicio profesional de cada jurisdicción. Los objetores de conciencia lo serán tanto en la actividad

pública institucional como en la privada”.

Salud reproductiva: llamativamente, en los considerandos y en el citado art. 4º, el decreto utiliza el término “salud reproductiva” afirmando que “es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos”. Recordemos que la ley 25.673 hablaba de “salud sexual y procreación responsable”.

Las “uniones civiles”

En diciembre de 2002, la Legislatura de Buenos Aires sancionó la ley 1.004, que reconoce las uniones civiles conformadas “libremente por dos personas con independencia de su sexo u orientación sexual”.

También en el año 2002, la provincia de Río Negro aprobó una ley que reconoce a las parejas formadas por personas del mismo sexo los mismos derechos que la provincia garantiza a las uniones de hecho, salvo la posibilidad de casarse y adoptar niños.

El Plan Nacional contra la Discriminación

El 27 de septiembre de 2005, fue publicado en el Boletín Oficial el Decreto 1086/2005 del Poder Ejecutivo de la Nación Argentina, titulado “Hacia un plan nacional contra la discriminación”.

El Plan asume la “perspectiva de género”, categoría de análisis de la realidad que tiende a reducir la sexualidad a una mera construcción cultural. A pesar de tratarse de un “decreto”, el documento recurre a un lenguaje confuso que puede dar lugar a todo tipo de interpretaciones, algunas de las cuales pueden resultar en violaciones al derecho a la vida de las personas por nacer o al derecho a la integridad física. Incursiona fuertemente en el diseño de políticas públicas que afectan el derecho a la vida y la dignidad de la persona y no responden a las reales necesidades del matrimonio y la familia. Entre otras cosas, el Plan demuestra la íntima conexión que existe entre género, anticoncepción, salud reproductiva y aborto.

La noción de “discriminación”: el Plan maneja una dimensión ampliada de la discriminación, incluyendo en ella “las manifestaciones de racismo, discriminación racial, xenofobia y otras formas de intolerancia que se dan por motivo de raza, linaje, color, religión, cultura, lengua u origen nacional o étnico y que se agravan por causa de la edad, el género, la orientación sexual, la discapacidad o la posición socio-económica” (pág. 21).

El “género” como área de análisis: las prácticas sociales discriminatorias, según el Plan, se especifican en determinados modos de ejercicio, denominados ‘áreas de análisis’. Entre estas áreas podemos

citar las siguientes:

- “Género: para analizar los estereotipos y/o políticas basadas en las relaciones de género
- Identidad sexual: en función de los modos de ‘normalización’ de la identidad sexual y los efectos que de ella derivan
- Situaciones particulares: respecto de cualquier otra especificidad de las prácticas sociales discriminatorias, no contempladas en ninguna de las áreas anteriores” (pág. 31).

En el capítulo III del documento, titulado “Diagnóstico”, el “género” es tomado como “área de análisis”. Allí podemos leer que se considera “discriminación basada en el género” a “aquella que se ejerce en función de una construcción simbólica socio-histórica que asigna determinados roles y atributos socio-culturales a las personas a partir del sexo biológico y que convierte la diferencia sexual en desigualdad social, estableciendo una jerarquía en la cual todo lo masculino es valorado como superior respecto a aquellos atributos considerados femeninos. Esto implica que varones y mujeres no ocupan el mismo lugar, ni son valorados de la misma manera, ni tienen las mismas oportunidades, ni un trato igualitario en nuestra sociedad, relegando a las mujeres a una situación de subordinación” (pág. 97 B.O. 30747). Llamativamente, el término “género” viene a reemplazar al de “mujer”, aún cuando se citan luego las convenciones

que promueven los derechos de la mujer.

Consecuentemente, el Plan incluye entre las víctimas de la discriminación a las víctimas “en razón del género” (pág. 23).

La “orientación sexual”: al abordar los temas más controvertidos vinculados con la discriminación, el Plan menciona a la cuestión “de la orientación sexual” (pág. 25). Sostiene que “nuestra sociedad históricamente legitimó una concepción de sexualidad única, normal, sana y legal que se contraponía a cualquier otra concepción de sexualidad. Esta noción niega la evidencia de la existencia de sexualidades diversas y diferentes orientaciones sexuales e identidades de género. Desde la religión y la medicina se ha intentado definir y disciplinar la sexualidad clasificándola en dos sexos. Se han establecido códigos binarios, basados supuestamente en la inapelabilidad biológica, instituyendo jerarquías y desigualdades, que han sido consagradas como legales a través de la normativa estatal, negando el derecho de identidad sexual a un número considerable de seres humanos que no pueden ni quieren ser encasillados en este orden, ya que reconocen una diversidad de diferentes orientaciones sexuales. La identidad sexual se construye a través de un complejo proceso en el que operan una multiplicidad de variables en la historia de los individuos, que no es objeto de este Plan discutir las. Sin embargo, es preciso reconocer que existe

en nuestra sociedad un espectro de diferentes expresiones de la sexualidad: gays, lesbianas, bisexuales, homosexuales, travestis, transexuales, transgénero, intersexuales, etc. Las personas con diversas orientaciones sexuales e identidades de género figuran entre los grupos humanos discriminados en nuestra sociedad, a los cuales se les reservan etiquetas negativas y epítetos peyorativos y ofensivos. Los sentimientos de rechazo y desprecio, que llegan a la violencia y la agresión contra estos seres humanos, se denominan homofobia” (pág. 107). La homofobia “opera en cuatro niveles distintos pero interrelacionados: el personal, el interpersonal, el institucional y el cultural (también llamado colectivo o social)” (pág. 108).

Así, entre las prácticas sociales discriminatorias consideradas por el Plan, se encuentra la creación y/o colaboración “en la difusión de estereotipos de cualquier grupo humano por características reales o imaginarias, sean éstas del tipo que fueren, sean éstas positivas o negativas y se vinculen a características innatas o adquiridas” (pág. 29). Sostiene que “cuando el análisis de las prácticas sociales discriminatorias se centra en las víctimas de estas prácticas (... Homosexuales, travestis, transexuales, ...), el foco del análisis pareciera radicar en encontrar qué es lo que hace que la sociedad discrimine a cada uno de estos grupos o, dicho de otro modo, qué características

tienen estos grupos que puedan explicar su discriminación" (págs. 29-30). Es decir que "en un análisis de este tipo se presupone su 'no-normalidad' (en oposición a una supuesta 'normalidad' del conjunto), discutiendo tan sólo sobre los niveles de aceptación o 'tolerancia' de dicha 'no-normalidad' (que poco a poco se termina postulando como 'a-normalidad')". El Plan "considera que la construcción de esta supuesta condición de 'normalidad' de la sociedad es uno de los primeros y principales modos de acción de una práctica social discriminatoria, además de no poder asentarse en ninguna historia previa legítima ni derivarse de ella ningún beneficio para el conjunto social –sino, por el contrario, su empobrecimiento por marginación y desaparición de la riqueza que da origen a toda identidad" (pág. 30).

El Plan sostiene que, "en la actualidad, a pesar de los avances antes mencionados, se siguen violando de manera sistemática y persistente los derechos humanos de las personas de la comunidad de gays, lesbianas, travestis, transexuales y bisexuales, configurando graves situaciones de discriminación" (pag. 110).

La "educación sexual": afirma el plan que "la ausencia de educación sexual en las escuelas tiene como consecuencia que, en nuestro país, cada año nazcan 11.000 bebés cuyas madres tienen entre 10 y 19 años. La oposición más fuerte a

la inclusión de estos contenidos proviene de los sectores más conservadores de nuestra sociedad, quienes alegan que esto implicaría una incitación a reducir la edad de la iniciación sexual. Sin embargo, un estudio sobre la población adolescente en Argentina muestra que la edad promedio de iniciación sexual ronda los 15 años, lo que indicaría que muchos niños y niñas se inician sexualmente a edades más tempranas aún. Según este informe, un 34,4% no tomó ninguna precaución para evitar el embarazo en su primera relación sexual.

Para algunos sectores, la educación sexual es exclusiva competencia de los padres, mientras que las otras posturas plantean que la falta de educación sexual favorece el incremento de los embarazos adolescentes, profundizando las condiciones de discriminación de las mujeres jóvenes, que al resultar embarazadas, dejan en su mayoría la escuela. Esta situación se agudiza cuando se combina con la pobreza de las adolescentes.

En este caso, la discriminación de género afecta a las adolescentes que ven frustradas sus posibilidades de desarrollo físico, social y educativo cuando tienen que hacerse cargo de un bebé. En el mismo estudio se informan los motivos alegados por el grupo que no usó ningún método anticonceptivo en la primera relación sexual: en el 33,3% de los casos se debió a la negativa del varón, el 32,6%

no lo hizo por falta de información y el 5,1% porque su iniciación sexual se debió a una violación (págs. 100 y 101).

La "salud sexual y reproductiva": dentro del apartado dedicado al "género", se dedica un título al tema de la "Salud sexual y reproductiva". Aquí se recurre a un estilo de redacción ambiguo, que incluye términos como "el derecho a decidir de las mujeres sobre su propio cuerpo". Afirmar el Plan que "la polémica respecto del derecho a decidir de las mujeres sobre su propio cuerpo y el derecho de las parejas a resolver sobre la planificación de la descendencia está vinculada a contenidos éticos y religiosos de los diversos sectores sociales. En el marco del respeto de las decisiones orientadas por la confesión religiosa de cada persona, un sector relevante de mujeres y hombres sostiene que todas las personas deben tener el derecho igualitario de acceso al conocimiento y a los métodos de regulación de la fertilidad y que este acceso debe ser garantizado por el Estado en condiciones de igualdad para las mujeres y las parejas, sin perjuicio de que cada uno, según sus convicciones, quiera hacer uso o no de los servicios correspondientes. No tener este acceso, se plantea, impide a las mujeres decidir sobre su propio cuerpo y sobre su reproducción y es fuente de discriminación hacia ellas. La cuestión se agrava si se tiene en cuenta el difícil acceso a una información apropiada sobre servicios de salud sexual y repro-

ductiva de las mujeres y parejas de escasos recursos o todas aquellas que se atienden en hospitales públicos". El Plan asume también que "el aborto en nuestro país es la principal causa de muerte materna" (págs. 100 y 101).

Propuestas: algunas de ellas son las siguientes:

- Ratificar el Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer sin reservas ni cláusulas interpretativas, facultando a particulares para presentar sus denuncias ante el órgano competente de control contra los estados incumplidores (pág. 210)
- Promover la sanción de una ley nacional de unión civil para parejas de un mismo sexo con garantías y atribuciones similares que las parejas heterosexuales (pág. 212)
- Promover la revisión de la Ley de Ejercicio de la Medicina (N° 17.132) que impide las intervenciones quirúrgicas de cambio de sexo, a fin de avanzar en la formulación de una legislación que contemple la rectificación sexual como un derecho de las personas con identidades sexuales y de género diversas (pág. 212)
- Promover la sanción de una ley que garantice a las personas privadas de libertad con diversa orientación sexual e identidad de género el alojamiento con detenidos de su misma

- orientación sexual (pág. 212)
- Garantizar en el orden nacional el derecho de asociación que les cabe a todas las organizaciones nucleadas alrededor de la defensa y promoción de los derechos de las personas con diferente orientación sexual e identidad de género (pág. 215)
 - Jerarquizar el Consejo Nacional de la Mujer, dotarlo de mayor presupuesto y hacer efectivo un enfoque de género transversal a todas las políticas públicas y asignaciones presupuestarias (pág. 216)
 - Arbitrar los medios para garantizar, en el marco del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, el funcionamiento del Consejo Consultivo de Organizaciones Sociales y la ampliación de la participación de las organizaciones de mujeres (pág. 218)
 - Instar a todas las provincias a que adhieran al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y provean los insumos que garanticen el acceso universal a dicho programa (pág. 218).
 - Diseñar y ejecutar una investigación sobre los manuales escolares destinada a identificar y analizar los estereotipos discriminatorios que se contribuye a construir desde los textos educativos, a fin de elaborar una propuesta de modificación de las pautas lingüísticas, racistas, sexistas y homofóbicas que puedan detectarse (pág. 224)
 - Garantizar la educación sexual en las escuelas, a fin de que niños, niñas y adolescentes puedan adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia, gozar de un nivel adecuado de salud sexual, asegurar la procreación responsable y prevenir el embarazo no deseado (pág. 224)
 - Hacer efectiva la implementación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable en todo el territorio nacional, dotándolo de los insumos, la capacitación necesaria de los profesionales y propiciando el marco para un debate social sobre el aborto no punible (pág. 230)
 - Desarrollar campañas masivas de prevención de VIH/SIDA y las enfermedades de transmisión sexual que respeten los enfoques de género y orientación sexual (pág. 230)
 - Promover acciones tendientes a reconocer los derechos de las personas con diversa orientación sexual e identidad de género en el ámbito de las instituciones de salud –públicas y privadas de las distintas jurisdicciones- a fin de proveerles de una atención especializada de orientación, de no encasillarlas como ‘pacientes infectocontagiosos’ y garantizarles la atención e internación en espacios donde se respete su orientación sexual e identidad de género (pág. 230).
- Otros temas puntuales**
- La fecundación artificial:** no existen aún

normas que regulen la fecundación artificial, si bien hay numerosos proyectos de ley con estado parlamentario sobre el tema.

La clonación: los experimentos relacionados con seres humanos están prohibidos por el Decreto 200/97.

Anencefalia: rige desde el año 2003 para la Ciudad de Buenos Aires la ley 1.044 que autoriza a adelantar el parto en los casos de anencefalia.

Algunos programas de políticas públicas con financiamiento externo vinculados a la Salud Reproductiva

- **"Fortalecimiento de las capacidades comunitarias en discapacidad y pobreza"**: destinado a promover la difusión de derechos y la inclusión social en distritos vulnerables de la ciudad de Buenos Aires, a través de una campaña de comunicación masiva y de capacitación en prevención de la salud. Este programa fue aprobado en el año 2006 y financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo, con un fondo especial del Japón, por un monto total de USD 281.000.
- **"Protección Social y Reducción del Impacto Crisis sobre Pobreza I y II"**: destinado a proveer recursos de rápido desembolso para dar apoyo a las medidas del gobierno para mantener la estabilidad macroeconómica del país. Contempla la protección de los programas sociales prioritarios, entre los cuales menciona el de salud reproductiva. Fue aprobado en 2003 y financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo, por un monto total de USD 1.900.000.000
- **"Plan Familias"**: destinado a estimular una política social familiar inclusiva que promueva el respeto a los derechos humanos, a la igualdad de trato y oportunidades entre género de los miembros de la familia. Fue aprobado en 2005 y financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo y por el Banco Mundial, por un monto total de USD 1.000.000.000
- **"Programa de Promoción del Fortalecimiento de la Familia y el Capital Social (PROFAM)"**: destinado a fortalecer la acción que viene desarrollando el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales de Presidencia de la Nación a través del Consejo Nacional de la Mujer, en materia de fomento y promoción de la participación de la mujer en la sociedad y el desarrollo de programas y políticas públicas con perspectiva de género. Fue aprobado en 2004 y financiado por el Banco de Reconstrucción y Fomento (BIRF), por un monto total de USD 5.000.000.
- **"Plan Federal de la Mujer"**: destinado al fortalecimiento institucional del Consejo Nacional de la Mujer y de las áreas mujer de las provincias y muni-

cipios de todo el país. En el marco del referido Plan se financian proyectos sobre salud reproductiva, violencia doméstica, reinserción laboral, derechos y ciudadanía. Fue aprobado en 1999 y financiado en forma conjunta por el Gobierno Nacional y el Banco Interamericano de Desarrollo.

- **“Programa de Ajuste para el Sector Materno Infantil (SECAL)”**: destinado, entre otras cosas, a promover la implementación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Fue aprobado en el año 2003 y financiado por el Banco de Reconstrucción y Fomento por un monto total de USD 750.000.000.
- **“Programa Materno Infantil”**: destinado a reducir los índices de morbilidad y mortalidad materno-infantil. Entre sus acciones se incluye la asignación de recursos para “financiar la adquisición de leche fortificada, insumos para salud reproductiva y medicamentos, que serán distribuidos en todas las jurisdicciones provinciales”. Éste es el programa que proporciona los fondos para la ejecución del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Fue aproba-

do en 1997 y financiado por el Banco de Reconstrucción y Fomento por un monto total de USD 100.000.000.

El Protocolo Facultativo de la Convención contra todas las formas de discriminación contra la mujer: en noviembre de 2006, el Congreso aprobó la ley 26.171, que aprueba este Protocolo.

CONCLUSIÓN

Es éste el panorama legislativo actual en torno de las cuestiones más cercanas a la vida y la familia en la Argentina.

Como habremos podido constatar, este panorama se presenta sumamente complejo, ya que involucra aspectos locales, nacionales e internacionales, entre los cuales se mezclan normativas constitucionales, legales, judiciales y administrativas.

Un buen conocimiento del terreno es imprescindible para realizar un buen diagnóstico que nos permita encarar la promoción y defensa del más básico de los derechos: el derecho a la vida.

ANEXO

Textos de las Fuentes

NORMA	TEXTO	AÑO
1. Constitución Nacional, art. 75, inc. 22	<p>Art. 75: Corresponde al Congreso: inc 22: Aprobar o desechar tratados concluidos con las demás naciones y con las organizaciones internacionales y los concordatos con la Santa Sede. Los tratados y concordatos tienen jerarquía superior a las leyes. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre; la Declaración Universal de Derechos Humanos; <u>la Convención Americana sobre Derechos Humanos</u>; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; la Convención sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; <u>la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer</u>; la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes; <u>la Convención sobre los Derechos del Niño</u>; en las condiciones de su vigencia, tienen jerarquía constitucional, no derogan artículo alguno de la primera parte de esta Constitución y deben entenderse complementarios de los derechos y garantías por ellos reconocidos. Sólo podrán ser denunciados, en su caso, por el Poder Ejecutivo nacional, previa aprobación de las dos terceras partes de la totalidad de los miembros de cada Cámara. Los demás tratados y convenciones sobre derechos humanos, luego de ser aprobados por el Congreso, requerirán del voto de las dos terceras partes de la totalidad de los miembros de cada Cámara para gozar de la jerarquía constitucional.</p>	1994

NORMA	TEXTO	AÑO
2. Ley 23.849	<p>El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:</p> <p>ARTICULO 1º – Apruébase la CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York (ESTADOS UNIDOS DE AMERICA) el 20 de noviembre de 1989, que consta de CINCUENTA Y CUATRO (54) artículos, cuya fotocopia autenticada en idioma español forma parte de la presente ley.</p> <p>ARTICULO 2º – Al ratificar la convención, deberán formularse las siguientes reserva y declaraciones:</p> <p>“La REPUBLICA ARGENTINA hace reserva de los incisos b), c), d) y e) del artículo 21 de la CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO y manifiesta que no regirán en su jurisdicción por entender que, para aplicarlos, debe contarse previamente con un riguroso mecanismo de protección legal del niño en materia de adopción internacional, a fin de impedir su tráfico y venta.</p> <p>Con relación al artículo 1º de la CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO, la REPUBLICA ARGENTINA declara que el mismo debe interpretarse en el sentido que se entiende por niño todo ser humano desde el momento de su concepción y hasta los 18 años de edad.</p> <p>Con relación al artículo 24 inciso f) de la CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO, la REPUBLICA ARGENTINA, considerando que las cuestiones vinculadas con la planificación familiar atañen a los padres de manera indelegable de acuerdo a principios éticos y morales, interpreta que es obligación de los Estados, en el marco de este artículo, adoptar las medidas apropiadas para la orientación a los padres y la educación para la paternidad responsable.</p>	1990

NORMA	TEXTO	AÑO
	<p>Con relación al artículo 38 de la CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO, la REPUBLICA ARGENTINA declara que es su deseo que la Convención hubiese prohibido terminantemente la utilización de niños en los conflictos armados, tal como lo estipula su derecho interno el cual, en virtud del artículo 41, continuará aplicando en la materia.</p> <p>ARTICULO 3º – Comuníquese al Poder Ejecutivo Nacional.</p>	
<p>3. Convención sobre los Derechos del Niño</p>	<p><i>Artículo 5:</i> Los Estados Partes respetarán las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres o, en su caso, de los miembros de la familia ampliada o de la comunidad, según establezca la costumbre local, de los tutores u otras personas encargadas legalmente del niño de impartirle, en consonancia con la evolución de sus facultades, dirección y orientación apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención.</p> <p><i>Artículo 6:</i> 1. Los Estados Partes reconocen que todo niño tiene el derecho intrínseco a la vida. 2. Los Estados Partes garantizarán en la máxima medida posible la supervivencia y el desarrollo del niño.</p>	<p>1990 (ley 23.849)</p>
<p>4. Convención Americana sobre los Derechos humanos (Pacto de San José de costa Rica)</p>	<p>Art. 2: Para los efectos de esta Convención, persona es todo ser humano.</p> <p>Art. 4: Derecho a la Vida</p> <p>1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.</p>	<p>1984 (ley 23.054)</p>
<p>5. Constitución Nacional, art. 75, inc. 23</p>	<p>Art 75. Corresponde al Congreso: inc. 23: Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el</p>	<p>1994</p>

NORMA	TEXTO	AÑO
	pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad. Dictar un régimen de seguridad social especial e integral en protección del niño en situación de desamparo, desde el embarazo hasta la finalización del período de enseñanza elemental, y de la madre durante el embarazo y el tiempo de lactancia.	
6. Constitución Nacional, art. 33	Art 33: .- Las declaraciones, derechos y garantías que enumera la Constitución, no serán entendidos como negación de otros derechos y garantías no enumerados; pero que nacen del principio de la soberanía del pueblo y de la forma republicana de gobierno.	1994
7. Código Civil, art. 70	Art. 70: Desde la concepción en el seno materno comienza la existencia de las personas; y antes de su nacimiento pueden adquirir algunos derechos, como si ya hubiesen nacido. Esos derechos quedan irrevocablemente adquiridos si los concebidos en el seno materno nacieren con vida, aunque fuera por instantes después de estar separados de su madre. Art.63: Son personas por nacer las que no habiendo nacido están concebidas en el seno materno.	1870
8. Código Civil, art. 264	Art. 264: La patria potestad es el conjunto de deberes y derechos que corresponden a los padres sobre las personas y bienes de los hijos, para su protección y formación integral, desde la concepción de éstos y mientras sean menores de edad y no se hayan emancipado. Su ejercicio corresponde: (...)	1870
9. Código Civil, art. 51	Art. 51: Todos los entes que presentasen signos característicos de humanidad, sin distinción de cualidades	1870

NORMA	TEXTO	AÑO
	o accidentes, son personas de existencia visible.	
10. Código Penal, art. 85	Art. 85: El que causare un aborto será reprimido: 1º. con reclusión o prisión de tres a diez años, si obrare sin consentimiento de la mujer. Esta pena podrá elevarse hasta quince años, si el hecho fuere seguido de la muerte de la mujer; 2º. con reclusión o prisión de uno a cuatro años, si obrare con consentimiento de la mujer. El máximo de la pena se elevará a seis años, si el hecho fuere seguido de la muerte de la mujer.	1921
11. Código Penal, art. 86	Art. 86: Incurrirán en las penas establecidas en el artículo anterior y sufrirán, además, inhabilitación especial por doble tiempo que el de la condena, los médicos, cirujanos, parteras o farmacéuticos que abusaren de su ciencia o arte para causar el aborto o cooperaren a causarlo. El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta, no es punible: 1º. si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios; 2º. si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto.	1921
12. Código Penal, art.87	Art. 87: Será reprimido con prisión de seis meses a dos años, el que con violencia causare un aborto sin haber tenido el propósito de causarlo, si el estado de embarazo de la paciente fuere notorio o le constare.	1921
13. Código Penal, art.88	Art. 88: Será reprimida con prisión de uno a cuatro años, la mujer que causare su propio aborto o consin-	1921

NORMA	TEXTO	AÑO
	tiere en que otro se lo causare. La tentativa de la mujer no es punible.	
14. Código Penal, art. 91	Art. 91. Se impondrá reclusión o prisión de tres a diez años, si la lesión produjere una enfermedad mental o corporal, cierta o probablemente incurable, la inutilidad permanente para el trabajo, la pérdida de un sentido, de un órgano, de un miembro, del uso de un órgano o miembro, de la palabra o de la capacidad de engendrar o concebir.	1921
15. Ley 17.132	Art. 20: Queda prohibido a los profesionales que ejercen la medicina: ... Practicar intervenciones que provoquen la esterilización sin que exista indicación terapéutica perfectamente determinada y sin haber agotado todos los recursos conservadores de los órganos reproductores;	1967

Los Programas Provinciales de Salud Sexual y Procreación Responsable

PROVINCIA	NORMA	DENOMINACIÓN	AÑO
La Pampa	Ley 1.363	Creación del programa provincial de procreación responsable	1991
Chaco	Ley 4.276	Creación del programa de educación para la salud y procreación humana responsable	1996
	Decreto 462/96	Reglamentación de la ley 4.276 de creación del programa de educación para la salud y procreación humana responsable	1996
Mendoza	Ley 6.433	Creación del programa provincial de salud reproductiva	1996
	Decreto 2.010/98	Reglamentación de la ley 6.433 de creación del programa provincial de salud reproductiva	1998

PROVINCIA	NORMA	DENOMINACIÓN	AÑO
Misiones	Decreto 92/98	Creación del programa provincial de planificación familiar integral	1998
Neuquén	Ley 2.222	Creación del programa provincial de salud sexual y reproductiva	1997
	Decreto 3.331/98	Reglamentación de la ley 2.222 de promoción y garantía a la salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres	1998
Jujuy	Ley 5.133	Creación del programa provincial de maternidad y paternidad responsable y de prevención de enfermedades de transmisión sexual	1999
	Decreto 2.139/2000	Reglamentación de la ley 5.133 de creación del programa provincial de maternidad y paternidad responsable y de prevención de enfermedades de transmisión sexual	2000
Chubut	Ley 4.545	<i>Creación del programa de salud sexual y reproductiva</i>	1999
	Decreto 1.518/2000	Reglamentación de la ley 4.545 de creación del programa de salud sexual y reproductiva	2000
Buenos Aires	Ley 13.066	Creación del programa provincial de salud reproductiva y procreación responsable	2003
	Decreto 938/2003	Promulgación, con observaciones, de la ley 13.066 de creación del programa provincial de salud reproductiva y procreación responsable	2003
Ciudad de Buenos Aires	Ley 418	Salud reproductiva y procreación responsable	2000
	Ley 439	Modificación de la ley 418 de salud reproductiva y procreación responsable	2000
Tierra del Fuego	Ley 509	Creación del régimen provincial de salud sexual y reproductiva	2000
	Ley 533	Modificación de la ley 509 de creación del	2001

PROVINCIA	NORMA	DENOMINACIÓN	AÑO
		régimen provincial de salud sexual y reproductiva	
Río Negro	Ley 3.450	Creación del programa provincial de salud reproductiva y sexualidad humana	2000
	Decreto 586/2001	Reglamentación de la ley 3.450 de creación del programa provincial de salud reproductiva y sexualidad humana	2001
La Rioja	Ley 7.049	Creación del programa integral de educación sexual y reproductiva	2000
	Ley 7.425	Adhesión provincial a la ley nacional 25.673 de creación del programa nacional de salud sexual y procreación responsable	2002
Santa Fe	Ley 11.888	Creación del programa provincial de salud reproductiva y procreación responsable	2001
	Decreto 2.442/2002	Reglamentación de la ley 11.888 de creación del programa provincial de salud reproductiva y procreación responsable	2002
Córdoba	Ley 9.073	Creación del programa de maternidad y paternidad responsables	2002
Corrientes	Ley 5.527	Adhesión provincial Ley nacional 25.673 de creación del programa nacional de salud sexual y procreación responsable	2003
	Res. Minist. Salud Pública 878/2003	Creación del programa provincial de salud sexual y procreación responsable	2003
Entre Ríos	Ley 9.501	Creación del sistema provincial de salud sexual y reproductiva y educación sexual	2003
Santa Cruz	Ley 2.656	Adhesión a la ley nacional 25.673 de creación	2003

PROVINCIA	NORMA	DENOMINACIÓN	AÑO
		del programa nacional de salud sexual y procreación responsable	
San Luis	Decreto 127/2003	Creación del programa provincial integral de salud reproductiva	2003
	Ley 5.334	Procreación responsable. Pautas reproductivas. Planificación familiar. Asistencia	2004
Salta	Ley 7.311	Sexualidad responsable	2004

Ley 26.130
Régimen para las intervenciones de
contracepción quirúrgica

Establécese que toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a la realización de las prácticas denominadas “ligadura de trompas de Falopio” y “ligadura de conductos deferentes o vasectomía” en los servicios del sistema de salud. Requisitos. Excepción. Consentimiento informado. Cobertura. Objeción de conciencia.

Sancionada: Agosto 9 de 2006

Promulgada: Agosto 28 de 2006

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc. sancionan con fuerza de Ley:

ARTICULO 1º — Objeto. Toda persona mayor de edad tiene derecho a acceder a

la realización de las prácticas denominadas “ligadura de trompas de Falopio” y “ligadura de conductos deferentes o vasectomía” en los servicios del sistema de salud.

ARTICULO 2º — Requisitos. Las prácticas médicas referidas en el artículo anterior están autorizadas para toda persona capaz y mayor de edad que lo requiera formalmente, siendo requisito previo inexcusable que otorgue su consentimiento informado.

No se requiere consentimiento del cónyuge o conviviente ni autorización judicial, excepto en los casos contemplados por el artículo siguiente.

ARTICULO 3º — Excepción. Cuando se tratare de una persona declarada judicialmente incapaz, es requisito ineludible la autorización judicial solicitada por el representante legal de aquélla.

ARTICULO 4° — Consentimiento informado. El profesional médico interviniente, en forma individual o juntamente con un equipo interdisciplinario, debe informar a la persona que solicite una ligadura tubaria o una vasectomía sobre:

- a) La naturaleza e implicancias sobre la salud de la práctica a realizar;
- b) Las alternativas de utilización de otros anticonceptivos no quirúrgicos autorizados;
- c) Las características del procedimiento quirúrgico, sus posibilidades de reversión, sus riesgos y consecuencias.

Debe dejarse constancia en la historia clínica de haber proporcionado dicha información, debidamente conformada por la persona concerniente.

ARTICULO 5° — Cobertura. Las intervenciones de contracepción quirúrgica objeto de la presente ley deben ser realizadas sin cargo para el requirente en los establecimientos del sistema público de salud.

Los agentes de salud contemplados en la Ley 23.660, las organizaciones de la seguridad social y las entidades de medicina prepaga tienen la obligación de incorporar estas intervenciones médicas a su cobertura de modo tal que resulten totalmente gratuitas para el/la beneficiario/a.

ARTICULO 6° — Objeción de conciencia. Toda persona, ya sea médico/a o personal auxiliar del sistema de salud, tiene derecho a ejercer su objeción de conciencia sin consecuencia laboral alguna con respecto a las prácticas médicas enunciadas en el artículo 1° de la presente ley.

La existencia de objetores de conciencia no exime de responsabilidad, respecto de la realización de las prácticas requeridas, a las autoridades del establecimiento asistencial que corresponda, quienes están obligados a disponer los reemplazos necesarios de manera inmediata.

ARTICULO 7° — Modifícase al inciso 18, del artículo 20, del capítulo I; del título II de la Ley 17.132 de régimen legal del ejercicio de la medicina, odontología y actividades auxiliares de las mismas, el que quedará redactado de la siguiente manera:

18: Practicar intervenciones que provoquen la imposibilidad de engendrar o concebir sin que medie el consentimiento informado del/ la paciente capaz y mayor de edad o una autorización judicial cuando se tratase de personas declaradas judicialmente incapaces.

ARTICULO 8° — Agrégase al inciso b), del artículo 6°, de la Ley 25.673 de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, el siguiente texto:

Aceptándose además las prácticas denominadas ligadura de trompas de Falopio y ligadura de conductos deferentes o vasectomía, requeridas formalmente como método de planificación familiar y/o anticoncepción.

ARTICULO 9º — Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS NUEVE DIAS DEL MES DE AGOSTO DEL AÑO DOS MIL SEIS.

—REGISTRADA BAJO EL N° 26.130—

ALBERTO BALESTRINI. - JOSE J. B. PAMPURO.
- Enrique Hidalgo. - Juan H. Estrada.

SOCIEDAD CIVIL Y LA AGENDA BIOÉTICA

Jueves 12 de octubre de 2006

Dr. Justo Carvajales

- Médico Cardiólogo (Universidad de Buenos Aires)
- Casado –2 hijos
- Coordinador de la Unidad Coronaria del Hospital Ramos Mejía de Buenos Aires
- Coordinador de la Unidad Coronaria del Sanatorio Mater Dei.
- Ganador del Premio de la Sociedad Argentina de Cardiología a la Investigación Clínica en 1987 y 1996.
- Autor de setenta y cinco trabajos científicos y seis publicaciones en el exterior
- Director de Investigaciones de TANGO Coordinating Center (Trials ArgeNTina Group Organization). Grupo de estudios multicéntricos en Cardiología.
- Miembro titular del Departamento de Laicos (DEPLAI) de la Conferencia Episcopal Argentina.
- Miembro titular de la Comisión Justicia y Paz de la Conferencia Episcopal Argentina.
- Fundador (en 1995) y Coordinador General de las “Redes Solidarias de Profesionales de la Salud” dependiente del DEPLAI que agrupa a 6200 profesionales en la Argentina y que incluye grupos en otros nueve países de Latinoamérica
- Coordinador de la Mesa Ejecutiva del Diálogo Argentino en representación de la Iglesia Católica desde noviembre de 2002 hasta diciembre de 2005

Palabras clave

- Cambio social
- Trabajo en red
- Defensa de la vida

RESUMEN

Al examinar el trabajo en la defensa de la vida, el fundador y coordinador general de las Redes Solidarias de Profesionales de la Salud, Dr. Justo Carbajales, revela que el secreto es que cada uno debe estar convencido de la necesidad de ser levadura de la sociedad argentina, mediante el trabajo en conjunto. El cambio social no se hace solo, se hace de a dos. Dentro de este contexto, por tanto, un laicado fragmentado es un pecado social.

En la educación, en la política, en el ámbito sindical, el punto clave es apoyar, entusiasmar, colocar en la arena política nuestros mejores dirigentes y acompañarlos, porque sino, no hay manera de cambiar nuestra Patria.

Hay políticos que tienen principios cristianos, los hemos visto con el Dr Pablo Frers, pero están aislados y no son apoyados por sus comunidades eclesiales. A esto se suma que nuestros movimientos y organizaciones laicales no forman dirigentes para ser líderes sociales ni políticos. En una sociedad democrática necesitamos líderes sociales y políticos que lleven adelante el cambio social basados en principios cristianos, como se hizo en Italia de post-guerra y en la Alemania de post-guerra. Los políticos probos no surgen mágicamente, sino de organizaciones que los impulsan a hacerlo.

Un cambio revolucionario se está dando en la tarea laical en Argentina. Es el punto más interesante al que quiero referirme.

¿Cuánto nos exige Cristo para ser testigos de Él? Pues no somos buenos testigos y no logramos transformarnos en levadura. Nuestra tarea es insuficiente, porque nos falta una vuelta de tuerca más. Su falta es un gravísimo pecado, el más importante pecado del laicado argentino, sobre todo por ser argentino. No hemos sabido leer completa la parábola del buen samaritano y esa es la causa de nuestro fracaso parcial.

No hemos aprendido a reconocer que el cambio social no se hace solo, se hace de a dos. Nos han enseñado a valorar a sólo uno de los dos héroes de la parábola del buen samaritano, pero no al otro héroe. En la parábola hay dos héroes, no hay uno. Por habernos empecinado en rescatar a uno sólo, tenemos un laicado fragmentario, que no produce masa crítica de cambio.

¿Cuál es la lectura integral de la parábola para el laico del siglo XXI? La parábola dice que el buen samaritano curó al herido y lo llevó al otro héroe que era el posadero. El posadero terminó de curarlo. Y esa es la gran enseñanza de Jesucristo para el trabajo, cuando uno quiere lograr que una sociedad defienda el trabajo, sea más justa y tenga el rostro

de Cristo, la enseñanza es la del buen samaritano. Los Padres de la Iglesia dicen que el buen samaritano es la figura de Cristo. Si yo, con mi actividad individual o con mi grupo sólo, pudiera hacer el cambio, Jesucristo me hubiera enseñado que yo sólo podía curar al enfermo. Pero esa no es la parábola de Cristo; él me indica claramente que para lograr el cambio necesito de otro más que tenga mis mismos principios, el posadero.

La revolución social de la Argentina es lograr que cada buen samaritano trabaje con su posadero. Significa que si uno en su colegio descubre a una chica con problemas, conozca a los médicos, a los abogados católicos que van a ayudar para llevarla adelante. Y si se necesita un tratamiento, conozca la institución, y si en la institución se necesita ayuda de alguien, que se conozca a aquel que va a completar el proceso del tratamiento.

Formar una red de hermanos es la repuesta. Nosotros no trabajamos en red: trabajamos como grupos aislados. ¿Quién de nosotros tiene el teléfono del posadero que me ayudaría si hoy una chica ante una situación de violencia familiar y embarazo juvenil necesitara asesoramiento y ayuda para no abortar? Si no tengo ese dato es muy probable que no pueda evitarlo. Si voy ahora a Isidro Casanova con un caso así, lo más probable es que haga como el levita, baje la vista y siga de largo. El no conocer a

nuestros posaderos hace que no seamos capaces de ver el dolor de nuestros hermanos, que evitemos verlo por no tener recursos para ayudar.

En el tema de la vida, como en los demás, el cristiano tiene que salir a dar razón de su fe en forma positiva. En la opinión pública hoy la pelea se da más con el testimonio que con la palabra; no obstante, éste enriquecido siempre por la palabra, que es insustituible.

Hay un libro extraordinario que se llama *El momento clave* y trata sobre cómo se produce una epidemia social. ¿Cómo produjeron los cristianos una epidemia social en el Siglo I? La sociología moderna dice que se necesitan como máximo ciento cuarenta y cuatro personas convencidas plenamente de lo que hacen. Son doce grupos de doce. Nada más pero nada menos.

Así, el secreto es que cada uno de nosotros necesita estar convencido de que tenemos que ser levadura de esta sociedad argentina, trabajando juntos. La responsabilidad del Departamento de Laicos (DEPLAI), a partir del aprendizaje doloroso de 2002, de tantas muertes inútiles, pero también de tantos ciudadanos que se salvaron, radica en que el laicado no trabaja más en forma fragmentada. Es un pecado social que *Caritas* o un colegio trabajen aislados. Implica volver a ser la persona del talento que lo

metió debajo de la tierra y que no da resultado. Yo tengo que conocer a mi posadero, y para eso, la idea es que donde estén, ustedes se conecten con alguna organización complementaria.

El DEPLAI se propone –y lo está haciendo– lograr que cada uno de los que están en un tema específico trabajen todos juntos, tal como ocurre en el área de salud: donde toda la Iglesia argentina, después de cincuenta años, está trabajando junta. Por eso es la organización con más capacidad de resolver problemas en la Argentina y puede marcarle la agenda pública al Ministerio de Salud con las encuestas sobre pobreza, como las que generamos este año con la Red Solidaria de Profesionales de la Salud. Pero es la única instancia que está trabajando unida. No ocurre lo mismo en el área de niñez, pero lo estamos intentando. Hay tres mil cuatrocientas instituciones aisladas, que podrían hacer muchísimo por los chicos en peligro de muerte, o de madres embarazadas que corren serio riesgo de abortar. Las organizaciones que estaban ayudando a prevenir el aborto del embarazo adolescente no se conocían hasta que nos reunimos este año. Si no damos testimonio de poder dar soluciones ante casos concretos, la sociedad no cree en nosotros y así perdemos la batalla por la vida. La batalla se gana si nosotros demostramos a la sociedad argentina que somos eficientes en el amor, no tontos en el amar.

Para cerrar, es muy importante que haya un nodo de referencia Pro Vida. Nosotros, en el departamento de Laicos, creemos que el *Instituto de Bioética* de la UCA tiene que ser el nodo referente de todos aquellos que están trabajando en legislación, en el seguimiento de leyes y con las legislaturas en el tema de la defensa de la vida.

En los demás ítem de ayuda a los más necesitados, referidos a la defensa de la vida, el DEPLAI, junto con la Comisión Justicia y Paz, ambos de la Conferencia Episcopal Argentina, se ponen a disposición para que ustedes envíen los pedidos de conocimiento de los posaderos que necesitan.

Lo que no puede pasar después de hoy, es que sigamos trabajando como hasta ahora. O seguimos trabajando así, aislados, y entonces tendremos que explicarle a Dios por qué sólo podremos devolverle el talento que nos dio, o trabajamos en red. Creemos que trabajar en red es la forma de devolver diez talentos al Señor por los diez que nos dio, porque los vamos a multiplicar entre nosotros. Si ustedes creen lo mismo que yo, hagámoslo. Si ustedes creen que hay otra manera, hagámosla. Lo que no podemos hacer a partir de ahora es seguir como estamos, porque hay mucha vida por defender a fin de mostrar el rostro de Cristo.

LA AGENDA BIOÉTICA EN CHILE

Viernes 13 de octubre de 2006

Dr. Mauricio Besio Rollero

- Licenciado en Medicina (Universidad Católica de Chile)
- Actualmente realiza el Magíster en Fundamentos Filosóficos en la Universidad de los Andes
- Profesor Adjunto del Centro de Bioética, Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile
- Miembro del Departamento de Obstetricia y Ginecología y del Centro de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Chile
- Autor de numerosos artículos relacionados con temas bioéticos tales como relación médico paciente, inicio de la vida y aborto
- Miembro del Departamento de Ética del Colegio Médico de Chile A.G

Palabras clave

- Utilitarismo
- Regulación de la fertilidad
- Reproducción asistida
- Contracepción de emergencia
- Eutanasia

RESUMEN

En este artículo, el autor, miembro del Centro de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Chile, describe los principales debates relacionados con el terreno bioético en Chile a lo largo del año 2006. Señala ejemplos de intentos e implementación de políticas en donde subyace una visión relativista de la persona, en la cual priman los intereses de utilidad o de búsqueda de placer. Frente a un panorama muchas veces preocupante, plantea el desafío de ser capaces de interactuar en una sociedad plural con un mensaje poderoso fundado en cimientos profundos.

INTRODUCCIÓN

A lo largo del año 2006, tuvieron lugar en Chile interesantes debates relacionados con temas de valores, que de ninguna manera son ajenos al resto de los países latinoamericanos. En efecto, en el último tiempo, los países con larga tradición cultural y legal ajena a concepciones utilitarias y pragmáticas, reciben fuertes presiones a través de medios de comunicación o de los respectivos gobiernos -con la fuerza que otorga el poder financiero- para que implementen políticas públicas tendientes a imponer ciertas doctrinas que atentan claramente contra una concepción trascendente del ser humano.

En efecto, para el que observe con atención lo que ha sucedido en el

mundo, aparece como evidente que existe una actividad constante y programada para ir introduciendo en todas las naciones cambios culturales y legales tendientes a la imposición de doctrinas, que tienen en común la exacerbación de la utilidad como criterio de corrección de los actos humanos y la búsqueda del placer como única finalidad lícita de éstos. Todas ellas en oposición a cualquier concepción de la existencia de una naturaleza humana, tendiente a fines que trascienden su propia corporalidad. En definitiva, son doctrinas que reducen al ser humano a un mecanismo físico-orgánico producto del azar, por lo tanto, su actividad más propia sería la de implementar lo apetecido por su voluntad desprendida de cualquier arraigo natural, y cuyo único límite es no interferir con la voluntad de otro, lo que introduce, por ende, la necesidad de una regulación social.

Es por todo ello que en general todas tienden a menospreciar ciertos valores, que tienen estrecha relación con una concepción del ser humano como individuo personal y con una dignidad inherente a esa condición. La vida de una persona es entonces relativizada, especialmente cuando colisiona con intereses de utilidad o de búsqueda de placer de aquellos que son capaces de ejercer esos intereses. La vida de los seres humanos en condiciones precarias y más indefensas son contra las que primero se atenta. La introducción de la eutanasia como

acto lícito, o el aborto, o ciertos métodos contraceptivos y ciertas acciones derivadas de técnicas de fertilización asistida, son ejemplos de esto.

Todo lo descrito también está sucediendo en Chile. Hemos tenido en los últimos años y especialmente en este que finaliza, ejemplos de intentos e implementación de estas políticas. Lo que ha sucedido evidentemente preocupa, pero, a la vez, motiva. Me parece que tenemos que ser capaces de interactuar con una sociedad plural tratando de convencer y seducir en la bondad y verdad de nuestros planteamientos, con un mensaje poderoso fundado en cimientos profundos. El desafío es entregarlo de una manera sincera y a la vez abierta a las razones de los que piensan distinto, ya que debemos reconocer que los problemas planteados no son fáciles, que el entendimiento humano es pobre y que todos podemos aportar en la resolución de los difíciles dilemas que se generan con el avance del conocimiento y su aplicación práctica, que nosotros mismos generamos. También debemos validarnos como interlocutores respetables, escuchando argumentos, reconociendo lo valioso que pueda haber en ellos y contrastarlos inteligentemente con lo que consideramos cierto.

NORMAS DE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD

Por lo ya expuesto, no debe sorpren-

deros que la discusión en los medios de comunicación, en el ambiente académico y en las relaciones entre el poder ejecutivo y legislativo, se ha centrado preferentemente en intentos de establecer políticas públicas que pudiesen atentar contra el respeto de la vida humana en sus primeras y en sus últimas etapas.

A lo que primero debimos enfrentarnos fue a ciertos aspectos relacionados con el ejercicio de la sexualidad, a algunas prácticas contraceptivas y a la potestad de los padres respecto de las decisiones de sus hijos menores de edad en estas materias. Apareció de una manera sorpresiva un documento del Ministerio de Salud, -con rango de reglamento y por lo tanto evitando la discusión parlamentaria-, denominado "Normas de regulación de la fertilidad". Este documento intenta presentar "asépticamente" todas las opciones anticonceptivas que el gobierno pone a disposición de los usuarios.

El contexto de estas normas, según lo señalado en el mismo documento, es que ya en el año 1997 se definió la llamada salud sexual y reproductiva como una de las dieciséis prioridades de salud, y en el año 2000 tres objetivos sanitarios: reducir la inequidad, reducir el aborto inseguro y reducir el embarazo no deseado en adolescentes.

Lo más preocupante de todo el documento es que subyacen en toda su redac-

ción doctrinas como las de género y de los derechos sexuales y reproductivos, a las cuales se les ha querido otorgar el rango de derechos humanos y que conllevan una antropología muy reductiva. La introducción progresiva de estas doctrinas ya se hizo evidente en nuestro país el año 2000, con la aparición de un nuevo reglamento sobre esterilizaciones quirúrgicas, que reemplazó al antiguo que sólo permitía esterilizaciones voluntarias por motivos de salud. Actualmente cualquier mayor de edad (18 años) puede solicitar una esterilización quirúrgica. Este hecho no sólo es preocupante por la irreversibilidad de esa decisión, sino que en el ámbito de la medicina, por primera vez, un acto médico debe ser realizado ante la mera petición de un usuario.

CONTRACEPCIÓN DE EMERGENCIA

Otro hecho preocupante es la oferta de la contracepción de emergencia, la que inicialmente se reservaba para casos de agresiones sexuales con exigencia de receta médica. Ahora aparece como de libre disposición y para mayores de 14 años sin información a los padres o tutores. Quisiera detenerme en este tema y explicar cuál ha sido la postura del Centro de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Chile que hemos defendido en numerosas y variadas instancias.

El problema se sitúa –sin considerar las objeciones que se pudieran realizar a cualquier método anticonceptivo artificial- en si este medicamento empleado como anticoncepción de emergencia pudiera atentar contra la vida de un embrión ya existente. De todos los mecanismos de acción invocados, la inhibición de la ovulación -que al impedir la fecundación no atenta contra la vida de un embrión- actuaría según todos los autores en un 80 a 93% de los casos, dependiendo del día del ciclo cuando el fármaco es utilizado. Según los que promueven este método en Chile, éste es el único mecanismo de acción del contraceptivo y si éste mecanismo no se logra desencadenar, el método fracasa y aparece un embarazo.

Hemos sido enfáticos en afirmar que existen elementos de juicio suficientes que impiden descartar mecanismos de acción post-concepcionales como podrían ser efectos tóxicos sobre el embrión o alteraciones endometriales que impidan su implantación. Para entender este planteamiento es necesario primero comprender que todos los trabajos que muestran la utilidad anticonceptiva del método, comparan los embarazos que aparecen con el uso de éste con los embarazos que aparecen según el día del ciclo en el cual se tiene la relación sexual sin anticoncepción, de acuerdo con un estudio de Wilcox y otro similar de Trussel. [1]

[1] Wilcox AJ et al. N Eng J Med 1995;333: 1517-21

Existen dos hechos que indicarían un efecto no atribuible a la inhibición de la ovulación. El primero es que cuando la relación sexual ocurre un día antes o uno después de la ovulación, la efectividad es de un 88% (no aparecen los embarazos que debieran aparecer según Wilcox). Como en esos días del ciclo ya no se puede lograr la inhibición de ovulación, debe ser planteado un mecanismo post-concepcional y no un fracaso del método, como afirman los partidarios de su utilización. El otro hecho es que el método, según información que aparece en las mismas normas, sigue siendo efectivo usado 4 ó 5 días después de la relación sexual (83% y 31%), lapso de tiempo en que se hace muy probable caer cerca o después de la ovulación, si consideramos que según Wilcox no hay fecundación si la relación sexual ocurre previo a 5 días antes de la ovulación.

Hemos, sin embargo, sido cautos ya que no podemos afirmar con certeza que la contracepción de emergencia sea abortiva, porque metodológicamente y siendo estrictos, los estudios de embarazos esperados (Wilcox y Trussel) y aquellos con anticoncepción de emergencia, son con poblaciones distintas y tampoco se tiene seguridad en ellos del día exacto de ovulación. Sin embargo, también hemos sido claros que existe suficiente evidencia acerca de que el mecanismo post-concepcional sí puede actuar, y como lo que está en juego son vidas

humanas, aseveramos que la contracepción de emergencia no debe ser utilizada.

CRIOCONSERVACIÓN DE EMBRIONES

Otro de los temas que apareció en Chile con fuerza en el año 2006 fue el de los proyectos de ley para regular las técnicas de fertilización asistida. El debate se suscitó después de la aprobación -en septiembre de ese año- de la Ley que prohíbe toda forma de clonación humana. En su artículo primero establece: "Esta ley tiene por finalidad proteger la vida de los seres humanos, desde el momento de la concepción, su integridad física y psíquica, así como su diversidad e identidad genética,..." . Ante una ausencia de ley de fertilización asistida y existiendo consenso de la necesidad de legislar al respecto, este artículo primero creó inquietud en los grupos que practican estas técnicas porque les podría impedir la crioconservación de embriones.

Los grupos que utilizan las técnicas de fertilización asistida defienden la crioconservación de embriones, ya que al no poder todavía congelar oocitos, consideran que es la única manera de evitar los embarazos múltiples que son de alto riesgo perinatal. En Chile ellos aseguran que los embriones sobrantes no son desechados ni utilizados para investigación.

Nuestra posición al respecto ha sido que, al no poder impedir la fertilización

asistida, debemos tratar que al menos la ley proteja algunos valores que consideramos intransables. Uno de ellos es la protección de la vida humana, y la crioconservación de embriones atenta claramente contra su vida. En el proceso de crioconservación existen diversos riesgos para la vida de ellos. El primero es el riesgo de selección, ya que sólo algunos califican para ser conservados, los de mejor calidad. El segundo riesgo es en el proceso mismo de congelación y descongelación. Sólo un 52% a 75% de ellos sobrevive al proceso. (Adashi y Rock, 1996, Hoffman, 2003). Además es por todos conocido -y la historia así lo demuestra- que corren el riesgo de abandono y destrucción. Creemos que la crioconservación de embriones se realiza en general sólo por criterios de costo-efectividad. A la larga, resulta menos costoso que un grupo de reproducción asistida recurra a la crioconservación de embriones, así pueden competir en mejor pie con otros centros. La crioconservación de embriones no es la única manera de evitar la gemelaridad. Es perfectamente posible la fertilización asistida sin congelamiento de embriones. De hecho, la crioconservación no es práctica universal y también en Chile existen centros que no la realizan.

EUTANASIA

El cuarto debate que se suscitó tuvo que ver con el ser humano en su etapa

final o encontrándose éste en una precaria condición de sufrimiento, soledad y abandono. Fue presentado un proyecto de ley para legitimizar la eutanasia, donde se permitía la eutanasia voluntaria, el suicidio asistido y la eutanasia pasiva. En el proyecto presentado por dos diputados socialistas (Rossi y Bustos), se autorizaría la eutanasia activa en casos en que la enfermedad causare un padecer insufrible en lo físico, imposible de soportar, o también en casos de enfermedades incurables o progresivamente letales. Se establecía que estos actos de eutanasia debieran ser realizados por médicos y en casos de menores de edad, la decisión sería de los padres. En lo que respecta a la eutanasia pasiva, el proyecto señalaba que el paciente podría denegar o autorizar su consentimiento cuando fuera paciente terminal, o en casos de cuidados que sólo prolongasen una agonía.

El Centro de Bioética organizó una mesa redonda con asistencia de los diputados patrocinantes Rossi y Bustos, de académicos de la Facultad de Derecho y Medicina y también de dirigentes estudiantiles. En esa reunión se hizo ver a los parlamentarios las dificultades del proyecto. La primera y más importante es que permitía atentar directamente contra la vida de un paciente en circunstancias de sufrimiento. Se les contrastó con la alternativa de los cuidados paliativos, que buscan el alivio no sólo del dolor físico sino también del sufrimiento per-

sonal. Desde la perspectiva jurídica se les planteó que el ejercicio de la autonomía para disponer de la propia vida en casos de enfermedades, en caso de aceptarse, tendría que extenderse para todo tipo de *discomfort*, lo que jurídicamente es inaceptable.

En esa mesa redonda, también se expuso a los diputados que el proyecto confundía totalmente lo entendido como eutanasia pasiva con la limitación de esfuerzo terapéutico, acción lícita que no procura la muerte del paciente. Por último, se les hizo ver que erróneamente se atribuye a los médicos una capacidad de matar, la cual distan de tener, y varios estudios demuestran que ellos son ineficaces para lograr la muerte de sus pacientes sin mayor sufrimiento. Felizmente el proyecto presentado no prosperó. Sin embargo todo hace presagiar que en el futuro próximo se volverá a insistir en él con o sin variaciones. De hecho, así sucedió con otro proyecto presentado infructuosamente para despenalizar el aborto, y que en 2007 se insistirá con uno que permitiría el llamado aborto terapéutico.

PALABRAS FINALES

Como vemos - y así lo esboqué al inicio de esta presentación- en todas estas iniciativas subyace una ideología que exacerba el individualismo, el ejercicio de la autonomía y de doctrinas que se inten-

tan imponer, tales como la de género y la de los derechos reproductivos. El mejor ejemplo de esto es que en las "Normas de regulación de la fertilidad" no hay mención de la familia, no se considera un ejercicio de la sexualidad bajo sus exigencias éticas y se presenta como deseable el ejercicio de la actividad sexual sólo como un derecho, que hay que liberar del embarazo y de las enfermedades de transmisión sexual.

Estas ideologías se reflejan también en los proyectos de ley que pretenden regular las técnicas de reproducción asistida; en todas ellas se priva al ser humano en sus etapas iniciales del respeto a su vida y su dignidad de persona. En ellas el hijo se convierte en un "producto" y la procreación en un derecho.

En el proyecto de eutanasia, se refleja la concepción del hombre como sólo una voluntad desarraigada de una naturaleza trascendente, y en relación a la profesión médica, se entiende el acto médico como una acción que se debe realizar sólo ante la petición de un usuario, desconociendo al médico como un agente moral.

Todas estas iniciativas, en definitiva, reflejan una antropología que considera al hombre sólo como un mecanismo físico orgánico complejo, que no se distingue sustancialmente de otro animal superior, al ser desprovisto de toda su

dimensión personal. También reflejan una concepción del ser humano como sólo una voluntad, sin límites en el actuar, sin la referencia que le otorga una naturaleza a la vez espiritual y corporal, que le sirve de referencia y punto de partida para el despliegue de su actuar. Para terminar quisiera insistir en que todos estos intentos, que nos preocupan, que nos hacen dedicar tiempo y esfuerzos, que nos causan sinsabores y muchas veces malos ratos, debemos verlos como un desafío que nos motive, que nos haga reflexionar y estudiar. Debemos ver en todos ellos intentos legítimos de alcanzar la verdad. Hay que reconocer que los problemas son difíciles y que todos debemos hacer un esfuerzo para buscar soluciones en un clima que, resguardando y exponiendo con claridad y

sinceridad los principios que nos orientan, permitan un diálogo sin exclusiones. Algunos esfuerzos en ese sentido hemos hecho. El Centro de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Chile sigue siendo un referente importante en todos estos debates. Aún cuando no se accede a todas sus posturas, se le escucha y concuerda con muchos de sus planteamientos. Además de las instancias académicas que organizamos o se nos solicitan en la universidad, frecuentemente somos invitados a exponer nuestra posición en los medios de comunicación. Igualmente nos solicitan asesorías para sociedades científicas y colegios profesionales, y en forma importante, asesoramos a grupos de parlamentarios o directamente a las comisiones de senadores y diputados.

FORMACIÓN Y ENSEÑANZA EN BIOÉTICA

Viernes 13 de octubre de 2006

P. Lic. Alberto G. Bochaty, O.S.A.

- Director del Instituto de Bioética (Facultad de Ciencias Médicas, Pontificia Universidad Católica Argentina)
- Vicepresidente del Instituto para el Matrimonio y la Familia, Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA)
- Profesor de Ética Biomédica en el Magister en Ética Biomédica (Instituto de Bioética, Facultad en Ciencias Médicas, UCA)
- Profesor de Bioética en grado y posgrado (Facultad de Teología, Universidad del Salvador, Colegio Máximo, Buenos Aires, Argentina)
- Miembro de la Pontificia Academia para la Vida
- Miembro de la Academia Argentina de Ética en Medicina
- Miembro de la Comisión Nacional de Bioética
- Miembro de la Comisión Provincial de Bioética, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Palabras clave

- Comunicación
- Bioética
- Ética
- Educación

RESUMEN

El artículo introduce las dificultades de comunicación, no siempre inocentes, en lo relacionado a la disciplina Bioética. A su vez, fundamenta y asegura la necesidad de un nuevo humanismo para la sociedad civil.

Por otro lado, explica las ventajas de la Bioética en cuanto disciplina que incluye conocimientos de variedad de ciencias. Apunta que su misma transversalidad y su característica de ser transdisciplinaria rompe los esquemas centenarios de la educación. Señala también la exigencia de formalizar cada vez más su saber, su discurso y la documentación que emplea para fundamentarse. Por último, formula una propuesta educativa, indicando la necesidad de la formación bioética.

Como es sabido, sin ser inocentes o creer que todo responde a la ignorancia o el desconocimiento, cabe reconocer que en el debate público hay muchas intencionalidades. En el ámbito de las ciencias, la Teología tiene una vida centenaria, por no decir milenaria, muy anterior a las ciencias empíricas. Sin embargo, esta dificultad provoca fuertes dificultades de comunicación o de información.

Por citar un ejemplo reciente, esta mañana algunos medios de comunicación difundían la noticia de que la Iglesia Católica se oponía a la vacunación de la

rubéola. Es de público conocimiento el debate que ha habido sobre la partida de este año de la vacuna para erradicar la rubéola congénita. Entre los puntos discutibles de la campaña, cabe mencionar que estas vacunas vienen en cajas sin identificación de los laboratorios ni identificación de contenidos. Son hechas en la India, que, con todo respeto, no se caracteriza por tener laboratorios que nunca han sido cuestionados. Sabemos que en la India hubo campañas de vacunación de muchas enfermedades donde siempre se introduce el tema anticonceptivo debido a la campaña nacional que impulsan en materia de procreación. En tanto, en algunas partidas se ha encontrado gonadotropina coriónica humana. Al mismo tiempo, no ha sido tan clara la advertencia en los afiches a la mujer embarazada para que no se vacune, o bien, la prescripción de no se embarazo durante tres meses a la mujer que sí se vacuna. Algunos argumentan que esta nueva generación de vacunas no exige ese requisito. Lo cierto es que ha habido mucho movimiento por este tema.

Todo ello viene a colación porque hoy el ministro de salud habló en la radio acerca del contenido de la vacuna y declaró: "Puedo entender que la Iglesia Católica tome posturas políticas y tenga posturas políticas, pero que se niegue a erradicar la rubéola del pueblo, eso no lo puedo entender". ¿Cómo puede el ministro decir que la Iglesia no quiere una campaña de vacunación? Eso nunca está

en el pensamiento de la Iglesia. Ahora, que se cuestione esta partida que el gobierno ha comprado a la India por un contrato de compra que no se conoce todavía públicamente, y que no había otras campañas de vacunación masivas más necesarias, ¿esas no son preguntas válidas? Quiero subrayar aquí el tema tan sensible de la comunicación, porque no se puede decir que la Iglesia está contra la vacunación, y, sin embargo, esto fue dicho en los noticieros.

Hoy estamos llamados a instaurar una cultura que se eduque en la solidaridad y en el compromiso eficaz al servicio del bien de toda la familia humana. El nuevo humanismo implica un grado superior de organización internacional, que a veces no está muy bien delineada pero que es claramente efectiva en campaña. Una organización internacional más eficiente, solidaria y subsidiaria. Hay que cambiar la cultura del consumo, las ideologías, a veces opresivas o fragmentarias, utilitaristas, relativistas, y la mera resignación de frente a la miseria que viven los pueblos.

En la actualidad, se vislumbran signos positivos en la sociedad civil que hay que saber aprovechar. Algunos son: mayor sensibilidad por la justicia y por los derechos humanos; mayor sentido de la independencia responsable y de la corresponsabilidad del bien común de la humanidad; mayor compromiso por el respeto de la vida y de la paz, por lo menos de la

vida nacida y de los adultos sanos; preocupación mayor por la ecología y las culturas locales, por las minorías y por la memoria de la propia historia. Ayer, Inés Franck mencionaba cómo los mismos legisladores, frente a la ley de esterilización, pedían que la ley no abarcara a las etnias nativas, indígenas, porque obviamente iba a tener como resultado su desaparición. La Iglesia es experta en hacer memoria, en celebrar. Desde el punto de vista de la antropología cristiana, también el pedir, reflexionar, enriquecer la memoria de nuestro pueblo, va a tener que estar inserto en la realidad educativa.

Nos referimos a un nuevo humanismo para una sociedad civil. No hablamos de una sociedad laica, sino civil. Éste es otro concepto muy importante en el debate bioético, porque, a veces, el argumento de otras posturas apuntan a que los que tenemos una raíz teológica, con un teísmo detrás, no tenemos derecho a hablar, porque no tenemos derecho a imponer nuestra forma de pensar a otros. Y eso supone dos partes: una es que no podamos hablar, otra es que no podamos imponer. En esa segunda parte estoy de acuerdo, no podemos imponer. Se propone, como cualquier ciudadano. Lo mismo ocurre con los no teístas, los laicistas, agnósticos o sin religión, no pueden imponer esa forma de pensar, porque no toda la sociedad es atea o laicista. Entonces se cae en una suerte de trampa

dialéctica que consiste en presentar lo ateo como si fuera lo normal y lo teísta como una imposición retrógrada e injusta. Si recuerdan la última declaración del Episcopado referida a estos temas, hacían un par de preguntas clave a las que tenemos que prestar mucha atención para el debate bioético. ¿Qué país queremos y qué nos ha pasado? ¿Desde cuándo la cultura nacional es laicista, agnóstica, utilitarista y contractualista? Como dijo el Dr. Besio, ¿por qué no podemos llamar paciente al paciente, y hay que llamarlo cliente, o esa palabra que venía del inglés *client*, era tan fuerte que se pasó a usuario, el que usa algo, no el que es?

Este nuevo humanismo para una sociedad cívica sana compele a suscitar un indispensable movimiento solidario capaz de enfrentar necesidades graves y un desarrollo justo y duradero en la sociedad. Es el único medio moral capaz de promover el desarrollo integral de todos los varones y mujeres de nuestro tiempo y de nuestras tierras, y de construir una paz duradera. La ventaja con la que se cuenta en la formación y enseñanza bioética, radica en ser transdisciplinaria. Al ser la más nueva, la última que surge, exige además una especie de gran alarma en el ámbito universitario, porque es transversal. Se rompe con todos los esquemas centenarios de la educación. La Bioética transforma esta verticalidad en transversalidad.

A los pocos meses de hacerme cargo del *Instituto de Bioética* tuve que rendir cuentas de lo que había hecho en los primeros seis meses. Una de las preguntas que me hizo un decano fue: “Explíqueme por qué tenemos que autorizar pagos de honorarios a abogados, ingenieros, médicos, enfermeras... ¿qué enseñan ustedes? Por que la facultad de abogacía paga a abogados, la de medicina a médicos.” Esto es un claro ejemplo que ilustra que incluso a la misma universidad, que promociona estos institutos, administrativamente todavía no le cerraba que en el nuestro hubiera algo de todas las carreras. Este es un cambio muy grande.

Vale la pena hacer una llamada sobre algo que ha pasado muy desapercibido en lo social, excepto para los que estamos en este trabajo: en ninguna de las leyes -por lo menos en la Argentina- aparece la palabra Bioética. Son leyes de esterilización, aborto, educación sexual, pero no tenemos el debate bioético sobre esas leyes. Es más, en la Argentina han hecho desaparecer la Comisión Nacional de Bioética. Frente al cuestionamiento, el Ministerio de Salud sostuvo: “A nosotros no nos importa la ética, nos importa la gente que se nos muere en los hospitales”. Ésta es la visión. No hay interés por el debate legislativo ni por el debate bioético. Por ejemplo, cuando se instaló el debate del proyecto de ley del consentimiento presunto, muchos estábamos en contra de su sanción, desde el mismo

Comité de Bioética del INCUCAI -institución que se encarga de los trasplantes en la Argentina- hasta la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Todos objetamos. El resultado fue la sanción de la ley y la decisión de deshacer el Comité de Bioética por un tiempo, para luego formar otro con nueva gente.

Es curioso, entonces, plantear el esfuerzo para generar un diálogo bioético cuando a la línea de pensamiento y de cultura que estamos viviendo en este momento en América Latina, no le interesa. Es un tema para reflexionar.

LA BIOÉTICA COMO DISCIPLINA DE ESTUDIO

¿Por qué formación y enseñanza en Bioética? Porque todas las disciplinas serias ofrecen un programa de estudio formal que culmina con la acreditación de dicho saber. Nadie autorizaría el funcionamiento de una facultad de Derecho si no hubiera abogados titulados, lo mismo en Medicina, Filosofía, Economía y en todas las carreras. En Bioética hay muy pocos graduados y, sin embargo, todo el mundo habla de Bioética. Por otro lado, hay que dar tiempo a esta situación, ya que ninguno de los presentes pudo recibirse de bioeticista porque no existían dichas facultades. Si bien en este momento hay dos facultades de Bioética en el mundo para obtener el título de grado, hasta ahora la mayor

oferta ha sido siempre la de posgrado. A pesar de esto, los Doctorados en Bioética siguen siendo escasos; esto se debe a las tensiones que los temas y debates bioéticos despiertan en muchas facultades. Sin embargo, el interés en sus planteamientos sigue vigente y las nuevas generaciones ya reclaman la enseñanza en Bioética.

Desde cualquier perspectiva en que se aborde el proceso de desarrollo o investigación científica o los estudios, estamos llamados con urgencia a comprometernos en el cambio de actitud, tanto espiritual y moral, que condiciona las relaciones de los pueblos. Es necesario transformar la mentalidad, los modos de pensar y trabajar, de hacer investigaciones, de hacer política, de percibir a la familia, para que la justicia se haga operante y puedan combatirse injusticias y abordar nuevos temas. Esta concepción cultural del nuevo humanismo respeta las dinámicas profundas de nuestras sociedades que, más allá de cualquier construcción intelectual y justificación de política de campaña, vive la experiencia de la exclusión, del empobrecimiento y de la falta de educación, salud, seguridad y justicia.

Cabe aclarar que, a pesar de que el término "bioética" es moderno, posee una raíz muy antigua. De hecho, lo referente a la ética transporta a la vieja palabra *etika*, derivada del *etos*, que al principio significaba casa o lugar donde se

habita; después, con un sentido poético, lugar donde se esconden o donde habitan los animales; y desde aquí tomó el significado de lugar exterior como la patria, el pueblo, la religión (otorgándole al término esta idea amplia de lo que es un sentido ético o una visión ética). Más tarde, pasó a significar lugar interior, que hoy indica una disposición interior que permite entrar en relación con uno mismo, con el otro, con el mundo; esta es la ética que la Bioética quiere rescatar: la ética de la interioridad (no una ética ideológica o partidaria), que es una forma particular de ser, tener una personalidad moral, una forma de comportarse con uno mismo, la sociedad y la naturaleza. Lamentablemente en la actualidad existen varios y diversos discursos éticos que se aplican a un mismo hombre.

La reflexión y el estudio de la Ética se realiza teniendo conocimiento científico de los actos humanos, lo que ayuda a tener una visión valorativa y justificativa del comportamiento y de las decisiones que se toman para actuar. El pluralismo ético en la sociedad civil moderna considera automáticamente bueno todo aquello que está autorizado por las leyes establecidas democráticamente y considera malo lo contrario. Pero, ¿es ésta la realidad totalmente aceptada en Latinoamérica y el Caribe? ¿Cómo son en realidad las legislaciones de dichas latitudes? ¿Cómo percibe el pueblo a sus leyes? ¿Cómo es la relación de la perso-

nas con sus legisladores y sus instituciones judiciales? Falta una crítica y un estudio objetivo y razonado de la licitud de las intervenciones del hombre en el campo de la Biología moderna, de la investigación, de la Medicina, del reconocimiento de algunos valores objetivamente indiscutidos. Hay que destacar que en una formación bioética tampoco se debe atacar a la ley, pero cabe reconocer que, muchas veces, en el imaginario colectivo de nuestro continente queda inscripto que "la ley no asegura nada", de modo que no siempre la sociedad se siente "segura o liberada" por la existencia de la ley. Por otro lado, desde mi experiencia de más de 20 años involucrado en comités de bioética hospitalarios, debo reconocer que hay mucho por hacer para que los dilemas bioéticos que se plantean lleguen al ciudadano común con información fidedigna, completa y veraz, sin ningún tipo de tergiversación ideológica, partidaria o de intereses que no sean el respeto de la vida y la dignidad de la persona humana.

Hoy en día se asiste al mito científico y tecnológico que convierte a la ética en una mera estrategia de votos, mayorías y consensos, como si fuera posible que todos los problemas del hombre moderno se resolvieran por medio del consenso. Sin embargo, el bien y el mal no se pueden consensuar. Las sociedades occidentales más liberales y las más agresivas frente a la formación judeocristiana, establecen,

por ejemplo, un cierto alto en temas sexuales, y es porque en todo esto hay una ética. Por eso la formación científica es muy importante. Quienes hacen bioética en Latinoamérica y en el Caribe han de estar atentos a la realidad del propio pueblo, de modo de no aplicar teorías que puedan surgir de contextos y proyectos ideológicos extranjeros. No basta una ética descriptiva a partir de los hechos biomédicos de la investigación, se debe encontrar la realidad objetiva y cultural de las personas, de su vida y sus valores humanos específicos, respetando el modo de promover el progreso científico y el mejoramiento de la calidad de vida.

En síntesis, la Bioética no puede prescindir de las ciencias humanistas, de la Filosofía, de la Teología, de la Ética, de la cultura, porque lo que está en juego es la vida humana y la dignidad del hombre y de la tierra en la que vive. Por eso el deseo de buscar una acreditación científica, que exige el empleo de un discurso científico. Cabe aclarar que en la actualidad se asiste a un cambio de paradigma científico, de modo que si se dice que es científico que la vida comienza en el momento de la fertilización, como contraposición otro científico asegurará que dicha teoría no es científica y que el dato científico es que la vida comienza con la anidación. Incluso, cuando se introduzca el concepto de "científico", será necesario hacer el debate científico sobre el paradigma científico: ¿de qué ciencia se

habla?, ¿cómo se abordará la ciencia?

UNA PROPUESTA EDUCATIVA

Es posible que la siguiente propuesta incluya aspectos y planteamientos que puedan ser también aceptados por aquellos que, ya sea por los prejuicios que tienen o el paradigma científico en que viven, expresan un franco alejamiento de ciencias como la Teología, la Filosofía o la Metafísica.

Sería una oferta educativa para lograr los siguientes objetivos:

- Generar un espacio de deliberación social adecuada en el respeto de la democracia, para optar éticamente respecto de los desafíos que plantea el desarrollo acelerado de la tecnociencia, de la relación a la vida humana y al medio ambiente.
- Impulsar la elaboración y difusión de valores y de normativas jurídicas y administrativas que promuevan los derechos y deberes de las personas.
- Mejorar la atención y el cuidado de la salud en la población potenciando los aspectos éticos.
- Formar expertos y consultores en Bioética capaces de gestionar de modo eficaz y eficiente los comités hospitalarios de ética, los comités de ética en la investigación, propiciando la creación de comités de atención primaria de la salud. Aquí se podría incluir el

- “rescate” de la Comisión Nacional de Bioética o las provinciales de Bioética.
- Mejorar la docencia de grado y posgrado en programas de formación en Bioética. (En la actualidad hay infinidad de facultades de Medicina sin una currícula adaptada a la realidad bioética de hoy).
 - Desarrollar la investigación en el área.
 - Facilitar la formación de recursos humanos que estructuren un sistema de salud efectivo y equitativo, que desarrollen acciones técnicamente apropiadas, políticamente factibles y éticamente sustentadas.
 - Promover la integración y/o gestión de los diversos tipos de comités de ética, trabajar en equipos transdisciplinarios en forma civil, pluralista, racional, aplicada, reguladora, procedimental.
 - Acceder a la información sobre Bioética a partir del uso de las diferentes fuentes, utilizando documentación (lo cual hoy día es una carencia tremenda, porque el empleo de documentación es muy *ametódico*).
 - Programar y desarrollar tareas docentes para mejorar la formación de los profesionales actuales.
 - Actuar éticamente en forma individual o en equipos en el campo de la salud.

- Asumir las responsabilidades de la Bioética, etc.

¿Qué se buscaría con un egresado de Bioética?:

- detectar los aspectos éticos inherentes a su profesión;
- resolver en forma argumentada los conflictos éticos que aparezcan en su práctica profesional;
- conocer los comités de bioética, tipos, funcionamiento, dificultades y modos de ser consultados;
- conocer y comprender la historia, fundamentación y metodología de la Ética aplicada y de la Bioética, lo cual es de suma importancia debido a la gran deuda académica que genera la ausencia de un método definido y específico para la Bioética.

En la actualidad se sigue pensando cómo poder transmitir la Bioética, que no es un conocimiento subjetivo ni religioso ni político, es académico. La Bioética ha llegado a las universidades y desde allí debe surgir una propuesta que supere los vaivenes de cualquier intencionalidad que pueda no ser la correcta.

EDUCACIÓN SEXUAL EN LAS ESCUELAS

Viernes 13 de octubre de 2006

Dra. Zelmira Bottini de Rey

- Directora del Instituto para el Matrimonio y la Familia. Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA)
- Médica Pediatra, Universidad de Buenos Aires (UBA)
- Doctorando en Medicina. Facultad de Ciencias Médicas, UCA
- Docente de la Primera Cátedra de Pediatría. Hospital de Clínicas. UBA
- Ex - Investigadora y Docente del Instituto de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la UCA
- Directora del Seminario Anual y del Curso a distancia de Formación de Agentes de Planificación Familiar Natural. Instituto para el Matrimonio y la Familia, UCA
- Miembro Fundador del Consejo Académico de Ética en Medicina de la Academia Nacional de Medicina
- Miembro del Instituto de Bioética de la Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas

Palabras clave

- Educación sexual
- Sexualidad
- Proyecto pedagógico

RESUMEN

La directora del Instituto para el Matrimonio y la Familia de la UCA, Dra. Zelmira Bottini de Rey, analiza brevemente los aspectos fundamentales del Programa Nacional de Educación Sexual Integral sancionado por el Congreso en 2006. Establece la necesidad de la existencia de un proyecto pedagógico, señalando las metas que deben fijarse para la educación sexual. Asimismo, distingue conceptos clave a la hora de abordar la temática, como ser: condición sexuada, actividad sexual, complementariedad, etc.

Destaca también los riesgos que han de evaluarse, entre los que explica la ideología de perspectiva de género y las rupturas entre sexualidad, amor y procreación. Finalmente, presenta la propuesta planteada desde el Instituto.

Ante todo quiero agradecer al P. Bochaty la invitación a exponer en este Congreso del *Instituto de Bioética*, en el que he trabajado desde su fundación, hace ya doce años. Hoy me toca dirigir el *Instituto para el Matrimonio y la Familia*, que mantiene con el de Bioética un contacto muy estrecho, no solamente porque compartimos el espacio físico sino porque el P. Bochaty es vicepresidente del de Matrimonio y Familia.

El título de este Congreso, la *Agenda bioética en Argentina*, parece puesto a

propósito para el tema que se me ha pedido desarrollar, ya que los sucesos últimos actualizan el tema de educación sexual en la escuela. El 4 de octubre, el Congreso de la Nación sancionó el Programa Nacional de Educación Sexual Integral (Ley N° 26.150); y anoche, según refieren los diarios de hoy, 13 de octubre, la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sancionó la Ley de Educación Sexual (Ley N° 2.110).

Esta exposición seguirá el siguiente esquema:

- I. Breve comentario de los artículos del Programa Nacional de Educación Sexual Integral.
- II. Metas de la educación integral de la sexualidad a fijarse en un proyecto pedagógico.
- III. Conceptos clave para abordar esta temática.
- IV. Algunos de los riesgos a tener en cuenta.
- V. Presentación de propuestas.

I. BREVE COMENTARIO DE LOS ARTÍCULOS DEL PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL

Artículo 1°. *Todos los educandos tienen derecho a recibir educación*

*sexual integral en los establecimientos educativos públicos, de **gestión estatal y privada** de las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal. A los efectos de esta ley, entiéndase como educación sexual integral la que articula aspectos biológicos, psicológicos, sociales, afectivos y éticos.*

El primer artículo parte del derecho que tienen todos los educandos y define qué se entiende por educación sexual integral.

*Artículo 2°. Créase el Programa Nacional de Educación Sexual Integral en el ámbito del Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, **con la finalidad de cumplir** en los establecimientos educativos referidos en el artículo 1° **las disposiciones específicas de la Ley 25.673**, de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, **Ley 23.849**, de Ratificación de la Convención de los Derechos del Niño, **Ley 23.179**, de Ratificación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, que cuentan con rango constitucional, Ley 26.061, de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes y las leyes generales de educación de la Nación.*

El segundo artículo hace referencia a:

- El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable sancionado en octubre de 2002, en la práctica, concentra sus acciones en la distribución gratuita de anticonceptivos (algunos de ellos con acciones abortivas probadas) y en la capacitación de educadores y trabajadores sociales. Según la reglamentación de este Plan (mayo de 2003), los adolescentes, a partir de los 14 años, pueden ser atendidos en los Centros de Salud sin necesidad de estar acompañados contar con el conocimiento y conformidad de sus padres.
- El Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable surge desde el Ministerio de Salud; el Plan Nacional de Educación Sexual Integral es el aporte que realiza el Ministerio de Educación.
- Las otras leyes que se mencionan en el artículo reconocen la perspectiva de género, por lo que este Plan Nacional recientemente sancionado, implícitamente incorpora esta perspectiva a las acciones que desarrollaré.

Artículo 3°. Los objetivos del Programa Nacional de Educación Sexual Integral son:

a) Incorporar la educación sexual integral dentro de las propuestas educativas orientadas a la formación armónica, equilibrada y permanente

de las personas.

b) *Asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los distintos aspectos involucrados en la educación sexual integral.*

c) *Promover actitudes responsables ante la sexualidad.*

d) ***Prevenir los problemas relacionados con la salud en general y la salud sexual y reproductiva en particular.***

e) *Procurar igualdad de trato y oportunidades para varones y mujeres.*

El hecho que se mencione específicamente la salud reproductiva dentro de los objetivos del Programa, muestra la relación complementaria que tiene con el Plan Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable y obliga a reflexionar sobre la ambigüedad de este término. En la publicación de la Conferencia Episcopal Argentina "Familia y Vida", se define a la salud reproductiva como "término ambiguo que engloba una serie de aspectos donde se reduce el concepto de sexualidad al ejercicio de la genitalidad con la intención expresa de excluir las consecuencias procreativas de la misma y que incluye al aborto, la anticoncepción, la procreación artificial y la esterilización".

Artículo 4º. *Las acciones que promueva el Programa Nacional de Educación Sexual Integral están destinadas a los educandos del sistema educativo nacional, que asisten a*

establecimientos públicos de gestión estatal o privada, desde el Nivel Inicial hasta el Nivel Superior de Formación Docente y de Educación Técnica No Universitaria.

El artículo cuarto establece que las acciones del Programa Nacional de Educación Sexual Integral alcanzan a los alumnos que asisten a establecimientos públicos de gestión estatal o privada. Las acciones deben desarrollarse desde el nivel inicial -cinco años- hasta el nivel superior de formación docente y de educación técnica no universitaria. Sólo los alumnos universitarios quedan fuera del alcance del Programa.

Artículo 5º. *Las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal, garantizan la realización obligatoria, a lo largo del ciclo lectivo, de acciones educativas sistemáticas en los establecimientos escolares, para el cumplimiento del Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Cada comunidad educativa incluirá en el proceso de elaboración de su proyecto institucional, la adaptación de las propuestas a su realidad socio cultural, en el marco del respeto a su ideario institucional y a las convicciones de sus miembros.*

Este artículo establece que las acciones educativas sistemáticas fijadas por el Programa, son de realización obligatoria.

Es muy importante conocer el último párrafo del artículo, ya que por **comunidad educativa** se entiende toda escuela -tanto de gestión privada como de gestión estatal-. Así, todas las escuelas del país podrán hacer uso de este derecho de **adecuar** los contenidos básicos fijados por el Estado.

Por otra parte, la **comunidad educativa** comprende a los directivos, docentes, padres y alumnos. De modo que, aunque no contemplados explícitamente, **los padres están comprendidos en la norma y tienen el derecho y el deber de participar activamente en esa adecuación**, y los directivos y docentes deberán darle a esa participación el lugar que corresponde a su condición de agentes naturales y primarios de la educación de sus hijos, porque, además, esta ley no deroga ni puede limitar su derecho constitucional.

La adecuación de los contenidos básicos fijados por el Estado puede y debe hacerse de acuerdo a:

- la **realidad socio-cultural** de cada comunidad educativa, y por tal se deben entender también los valores y visiones del mundo presentes y vigentes en esa comunidad tanto de gestión estatal como de gestión privada;
- al **ideario educativo** en donde se fija el marco de fines y valores que cada

comunidad expresa en ese documento fundamental;

- las **convicciones de sus miembros**, no ya de la comunidad, sino de sus miembros considerados **individualmente o como grupo o sector dentro de la comunidad** de modo tal que, si existiera un padre o un grupo de padres que no compartiera la visión mayoritaria de esa comunidad, podrá hacer valer esta cláusula para, en diálogo y de acuerdo con los directivos, **prever la modalidad para hacerla efectiva**.

Artículo 6°. *El Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología define, en consulta con el Consejo Federal de Cultura y Educación, los **lineamientos curriculares básicos del Programa Nacional de Educación Sexual Integral**, de modo tal que se respeten y articulen los programas y actividades que las jurisdicciones tengan en aplicación al momento de la sanción de la presente ley.*

Artículo 7°. *La **definición de los lineamientos curriculares básicos para la educación sexual integral** será asesorada por una comisión **interdisciplinaria de especialistas en la temática**, convocada por el Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, con los propósitos de **elaborar documentos orientadores preli-***

minares, incorporar los resultados de un diálogo sobre sus contenidos con distintos sectores del sistema educativo nacional, sistematizar las experiencias ya desarrolladas por estados provinciales, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipalidades, y aportar al Consejo Federal de Cultura y Educación una propuesta de materiales y orientaciones que puedan favorecer la aplicación del Programa.

Será muy importante la conformación de la Comisión que definirá los lineamientos curriculares básicos.

El día de ayer, el diario *La Nación* publicó algunos de los lineamientos curriculares básicos que aparentemente ya han sido diagramados desde el Ministerio de Educación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Sería poco serio que, en el marco de un Congreso, se comentara algo que circula como borrador; pero dado lo trascendente del tema los invito a que lo busquen y reflexionen sobre los alcances de los mismos.

Artículo 8º. *Cada jurisdicción implementará el Programa a través de:*

- a) La difusión de los objetivos de la presente ley, en los distintos niveles del sistema educativo.*
- b) El diseño de las propuestas de enseñanza, con secuencias y pautas de abordaje pedagógico, en función de la diversidad socio cultural local y de las*

necesidades de los grupos etarios.

c) El diseño, producción o selección de los materiales didácticos que se recomienda utilizar a nivel institucional.

d) El seguimiento, supervisión y evaluación del desarrollo de las actividades obligatorias realizadas.

e) Los programas de capacitación permanente y gratuita de los educadores en el marco de la formación docente continua.

f) La inclusión de los contenidos y didáctica de la educación sexual integral en los programas de formación de educadores.

El octavo artículo fija las competencias de las provincias y de la ciudad de Buenos Aires. Establece que cada jurisdicción proveerá la capacitación permanente y gratuita de los docentes, sin establecer que será obligatoria ni que deberá hacerse exclusivamente dentro de la red estatal de formación docente continua. Por lo tanto, la formación docente en esta materia podrá ofrecerse en el marco de la libertad de enseñanza.

Artículo 9º. *Las jurisdicciones nacional, provincial, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y municipal, con apoyo del Programa, **deben organizar en todos los establecimientos educativos espacios de formación para los padres o responsables.** Los objetivos de estos espacios son:*

- a) Ampliar la información sobre*

aspectos biológicos, fisiológicos, genéticos, psicológicos, éticos, jurídicos y pedagógicos en relación con la sexualidad de niños, niñas y adolescentes.

b) Promover la comprensión y el acompañamiento en la maduración afectiva de niño, niña y adolescente ayudándolo a formar su sexualidad y preparándolo para entablar relaciones interpersonales positivas.

c) Vincular más estrechamente la escuela y la familia para el logro de los objetivos del Programa.

El artículo noveno establece la obligación de organizar espacios de formación de padres. Estos espacios resultan capitales a la hora de implementar cualquier programa y es muy importante que los directivos de las escuelas dediquen esfuerzo y creatividad en el diseño de las ofertas. Hoy es difícil convocar a los padres y lograr su cooperación. Se presentan enfrentados dos grupos que tienen un objetivo común: la educación de niños y adolescentes con miras a que alcancen un desarrollo pleno, por lo que es fundamental arbitrar estrategias de encuentro.

Artículo 10º. Disposición transitoria: *la presente ley tendrá una **aplicación gradual y progresiva**, acorde al desarrollo de las acciones preparatorias en **aspectos curriculares y de capacitación docente**.*

La autoridad de aplicación establecerá en un plazo de ciento ochenta (180) días un plan que permita el cumplimiento de la presente ley, a partir de su vigencia y en un plazo máximo de cuatro (4) años. El Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología integrará a las jurisdicciones y comunidades escolares que implementan planes similares y que se ajusten a la presente ley.

El artículo décimo dispone una aplicación gradual y progresiva. Dado que establece un plazo de 180 días como mínimo y cuatro años como máximo, a partir de marzo del próximo año deberán empezar a articularse acciones. Lo primero a definir son los lineamientos curriculares básicos, los que a su vez necesitan para su tratamiento la conformación de la Comisión de expertos.

El otro aspecto fundamental es la capacitación de docentes y padres.

II. METAS DE LA EDUCACIÓN INTEGRAL DE LA SEXUALIDAD A FIJARSE EN UN PROYECTO PEDAGÓGICO

Es preciso, antes de comenzar, acordar una terminología adecuada. Frente a la propuesta de "Educación Sexual Integral", nosotros proponemos "Educación integral de la sexualidad" o "Educación para el amor".

La diferencia entre uno y otro término surge, fundamentalmente, de los objetivos que se propone y también del concepto de educación que se maneja, como se verá más adelante.

Cuando se habla de educación sexual, habitualmente el **objetivo** de la misma es la preparación para una vida sexual activa sin consecuencias. Reducir la educación sexual a este propósito resulta pobre y hasta mezquino. Los programas que priorizan este objetivo son reduccionistas, sobre todo en los aspectos antropológicos y éticos; hacen énfasis en lo preventivo, en lo biológico y en lo informativo; transmiten un errado concepto de libertad, sexualidad, amor, pareja, procreación y, en muchas oportunidades, presentan metodologías que no respetan el pudor ni la intimidad de las personas.

Si se tiene en cuenta que la vocación del hombre es el amor, a través de la educación integral de la sexualidad o la educación para el amor se logra actualizar las capacidades humanas que le permitirán al hombre cumplir con su vocación.

Hay que tener en cuenta que la capacidad de amar, aun cuando es natural, no surge en forma espontánea; es frecuente considerar que lo natural debe ser espontáneo, lo que implica caer en un error. Es tan natural que los padres amen a sus hijos como que los hijos amen a sus padres, sin embargo en más de una oca-

sión esto no se cumple. Todas las capacidades humanas deben ser actualizadas, deben ser educadas.

Significado de *educación*. Tiene dos acepciones. *Educare*: "conducir", llevar al hombre de un estado a otro; y *educere*: extraer, sacar algo de dentro del hombre.

Por lo tanto, educación no es adiestramiento y tampoco se reduce a brindar información, sino que se trata de extraer de dentro del hombre, de poner en marcha un proceso a través del cual ese sujeto pueda llegar a crecer, desarrollarse y madurar alcanzando su plenitud como hombre.

La **educación integral de la sexualidad** tiene metas mucho más amplias y ambiciosas que la educación sexual.

Sus metas son:

- Aceptación del propio ser sexuado. Reconocimiento de la masculinidad y de la femineidad.
- Desarrollo de la identidad sexual. Vale la pena reafirmar que la identidad sexual no se construye, sino que se desarrolla. Y esta diferencia no es menor ya que el desarrollo se realiza a partir de lo propio, y la construcción se podrá hacer a partir de elementos foráneos. Hoy se asiste a una epidemia de **construcciones**, ya que se propone construir: la identidad sexual, la sexualidad,

la salud, etc. Se trata de una forma sutil de negar lo propio, lo dado, lo que responde a una naturaleza.

Otras metas son:

- Desarrollo de autoestima, entendida como sentido de la propia dignidad.
- Desarrollo de autonomía, no con el sentido de dictar su propia ley sino de tener posibilidades de hacerse cargo de sí mismo y de las consecuencias de sus actos.
- Educación de la castidad: conocer, aceptar, poseer y orientar el impulso sexual.
- Capacidad de vivir en verdadera libertad y ejercer la responsabilidad.
- Capacidad de elaborar un proyecto de vida.
- Capacidad de abrirse al otro y vivir la oblatividad.
- Valorar y respetar la vida.

Necesidad de diseñar y desarrollar un proyecto pedagógico

La educación para el amor o educación integral de la sexualidad es responsabilidad de toda la comunidad, por lo que tienen que participar todos los integrantes de la misma: directivos y docentes, padres y alumnos. Se deberá observar

y respetar siempre el principio de subsidiariedad y el principio de subordinación.

En la mayoría de nuestros colegios se llevan a cabo, desde hace años, acciones vinculadas con estos temas. Pero hay que reconocer que la forma es, con frecuencia, inorgánica, no estructurada, ya que no responden a una planificación ni se realiza una evaluación. Esta modalidad no puede ni debe continuar.

Es importante que la educación integral de la sexualidad sea un proyecto pedagógico inserto dentro del proyecto educativo institucional.

¿Qué es un **proyecto pedagógico**? Son principios, propósitos y acciones encaminados a promover un proceso permanente de comprensión y desarrollo colectivo de conocimientos, actitudes, comportamientos y valores personales y de grupo comprometidos en la vivencia de la sexualidad; contempla la construcción permanente de espacios que permitan el desarrollo de procesos de autonomía, autoestima, convivencia y salud.

Aspectos del proyecto pedagógico

Es importante que cada comunidad educativa posea su propio proyecto pedagógico que responda a sus características propias.

Una vez tomada la decisión de elabo-

rar el proyecto, se tendrán que seguir los siguientes pasos. En primer lugar la conformación del grupo coordinador que liderará el trabajo, ya que, aunque es responsabilidad de toda la comunidad, es necesario que un grupo se aboque al proyecto. Cómo proceder para conformar este grupo tiene su importancia, sobre todo en lo relativo a la selección de los participantes. Es importante tener en cuenta la afinidad de los posibles candidatos con las temáticas a abordar y la manera en que conducen su propia vida; deberá ser un grupo interdisciplinario ya que la sexualidad no es patrimonio de un área en particular y tendrán que estar representados los distintos niveles de la institución (Jardín, primario, etc.).

Una vez conformado el grupo líder, es preciso definir la antropología del proyecto, es decir, de qué concepto de hombre se parte y se trata de alcanzar con el proyecto. Tiene que estar muy claro el concepto de sexualidad, libertad, amor, pareja, procreación, etc. Éste es un punto crucial, por lo que el tiempo y el esfuerzo que demande será lo que dará sustento al proyecto. Después corresponde elaborar un currículum, luego de lo cual se tendrá que capacitar a los docentes para que puedan aplicarlo. El último paso será la evaluación del proyecto.

III. CONCEPTOS CLAVE PARA ABORDAR ESTA TEMÁTICA

Qué enseñar

No corresponde a esta presentación abordar el tema de los contenidos a desarrollar en la educación integral de la sexualidad. Sólo se señalarán algunos conceptos básicos de los cuales partir.

Distinguir condición sexuada y actividad sexual

Es fundamental distinguir entre condición sexual, que es propio de todo ser humano, y actividad sexual, que puede tomar unos años de la vida y que no es obligatoria.

¿Qué implica la condición sexuada? El hombre existe siempre y sólo como varón o como mujer. La diferencia sexual es un hecho **originario** y no accidental o derivado. Y es **ineludible**, ya que no se puede no ser varón o mujer.

La vida, que nadie elige, llega siempre con un sexo, que tampoco se elige. El ser varón o mujer es un **límite** que tenemos, ya que jamás podremos ser el sexo diferente; la mujer nunca podrá ser varón y viceversa, pero también es la **oportunidad**, ya que muestra la necesidad y la posibilidad de apertura al diferente.

Hay cuatro premisas, obvias y sencillas, que es importante reciclar con los niños desde muy pequeños (alrededor de los tres años):

El sexo no se elige. El concepto *sexo*,

hace referencia a los aspectos biológicos. El sexo no se elige, ni se va a poder elegir nunca y esta afirmación se realiza desde el protagonista de esa vida sexual, ya que no se puede ignorar que otros pueden llegar a elegir el sexo de otra persona (fertilización asistida, selección de embriones). Pero aquel a quien le llegó la vida como varón o como mujer, no eligió nada.

El sexo no se cambia. La patente genética, presente en todas las células del organismo, es indeleble, imposible de cambiar. El que nace varón, muere varón, y la que nace mujer, muere mujer; sanos o enfermos, que es otra cuestión. Ante tan importante afirmación corresponde aclarar que la salud implica **armonía** entre lo físico, lo psico afectivo, lo espiritual y la conducta social. Cuando no hay armonía, hay **agonía**. Vale la pena reflexionar sobre el significado profundo de estos términos.

Las diferencias no son deficiencias. Es importante recalcar la **igual dignidad** que poseen varones y mujeres, y educar desde tempranas edades en el reconocimiento y aceptación de las **diferencias** entre varones y mujeres, las cuales no se reducen al plano físico, sino que están presentes en todos los planos de la persona y representan una riqueza a compartir.

Los sexos son recíprocos y complementarios. Éste es el punto clave en el

que es preciso centrar la educación integral de la sexualidad. Educar desde los dieciocho / veinticuatro meses, edad en que el niño descubre la existencia de varones y mujeres, en la complementariedad y la reciprocidad.

El enriquecimiento mutuo que deriva de la reciprocidad y complementariedad, podría ser analizado desde varios ángulos. Sólo enumero algunos de ellos:

- Desarrollo pleno de la personalidad. Se sabe y se reconoce la necesidad que existe de la presencia de una figura masculina para el pleno desarrollo de la feminidad y de la femenina para el pleno desarrollo de la masculinidad.

- Imperativos pro creativos del varón y de la mujer. Estos se refieren a las funciones específicas que le competen al varón o a la mujer en relación con la procreación que evidentemente rebasan el plano físico y que tienen que ver con el "genio femenino" y el "genio masculino", tan mentados por S.S. Juan Pablo II. La mujer, asociada con la custodia de lo humano; su actitud de acogida; educadora del varón; función nutricia. El varón asociado al sostén, la protección; función normativa.

- Logro de equilibrio en la sociedad y en la cultura. Es fácil observar las consecuencias sociales y culturales que tiene el predominio de los varones sobre las

mujeres de las sociedades machistas o los resultados del “*empoderamiento*” de las mujeres, con el consecuente debilitamiento de los varones y el eclipse del padre. Sólo el planteo de una cooperación sincera entre varones y mujeres basados en la reciprocidad y complementariedad, puede ayudar a encontrar el equilibrio.

- Otro concepto importante a tener en cuenta son los rasgos característicos de la sexualidad, la cual ha sido definida como: “Elemento básico de la personalidad; un modo propio de ser, de manifestarse, de comunicarse con los otros, de sentir, de expresar y vivir el amor humano” (*Orientaciones educativas sobre el amor humano. Pautas de educación sexual*. Sagrada Congregación para la Educación Católica).

- La sexualidad abarca toda la persona en sus manifestaciones, tanto internas como externas; no se reduce exclusivamente a la genitalidad ni tampoco al acto genital. Todos los actos genitales son sexuales, pero hay fenómenos sexuales que no tienen relación directa con lo genital.
- La sexualidad es una realidad dinámica y permanece en continua evolución desde el nacimiento hasta la muerte; es precisamente el carácter evolutivo de la sexualidad el que marca las distintas etapas que van

apareciendo a lo largo de la existencia y compromete seriamente el desarrollo personal del hombre. Por medio de esta dinámica interior ha de pasarse del interés centrado en sí mismo al interés centrado en los demás.

- La sexualidad se sitúa en lo más profundo de la persona. Se manifiesta en distintos niveles, desde el más superficial hasta el más profundo. Entre los más aceptados están los siguientes: “*sexo*”, “*eros*”, “*ágape*”; en cada uno de ellos aparece una faceta determinada de la sexualidad y supone sobre el anterior un mayor grado de profundidad y riqueza. En el *sexo* se alude más directamente a los componentes biológicos de la sexualidad; en el *eros* la referencia es de carácter psicológico: tensiones, emociones, etc.; y el *ágape* representa el amor interpersonal. Es preciso no confundir estos tres niveles y comprobar cómo van apareciendo, más o menos intensamente, de acuerdo con el proceso de evolución sexual.
- La sexualidad es una fuerza para construir la persona. La sexualidad juega un papel decisivo en el desarrollo de la personalidad humana; no es una fuerza cerrada en sí misma; se adapta a las diversas situaciones por las que atraviesa la persona humana. En la sexualidad experimenta el hombre su indigencia existencial, sus limi-

taciones y también en la sexualidad vive su apertura a los demás, sus niveles de comunicación y relación.

- Es muy importante reafirmar el concepto de que la sexualidad se desarrolla y no se construye. Como ya se ha expresado, el desarrollo se efectúa a partir de lo dado, de lo propio, mientras que la construcción se realiza a partir de elementos externos a la persona.

Como sucede en el desarrollo de cualquier órgano, aparato o sistema, en el desarrollo de la sexualidad hay momentos de mayor vulnerabilidad, los cuales coinciden con etapas de intenso cambio. Se verifica mayor vulnerabilidad entre los tres y los cinco años y en la adolescencia temprana.

Es preciso ayudar a los docentes y a los padres de los chicos de estas edades, dado que son los que están realizando la conducción del proceso, para que puedan realizar un acompañamiento fructífero y además para que sean capaces de reconocer posibles signos de alarma vinculados al desarrollo de la sexualidad.

Adolescencia y actividad sexual

La adolescencia es una etapa de la vida que, como toda etapa, tiene un comienzo y un final. Durante la misma se produce el pasaje de la niñez a la adultez en todos los planos de la persona. Son

muchos los cambios y procesos que ocurren. Sólo se nombran dos: se instala la fertilidad y se actualiza el impulso sexual.

Que el adolescente sea fértil y que tenga capacidad orgásmica, no significa de ninguna manera que esté maduro para comenzar la actividad sexual.

La cultura imperante propone a los adolescentes el inicio de relaciones sexuales cada vez en tiempos más precoces. Se da una situación incoherente ya que, por un lado, los adultos se lamentan por la situación y, por otro, aceptan que se intensifiquen los estímulos y las propuestas a los adolescentes.

Es el momento de reflexionar y profundizar (con los adolescentes) sobre el significado de la actividad sexual humana; que analicen las diferencias que existen entre las relaciones sexuales humanas y el coito de los animales; que tengan claro que las relaciones sexuales humanas requieren, para poder cumplir con los objetivos que les son propios, de que se haya establecido previamente una pareja humana, es decir, un varón y una mujer unidos por un vínculo permanente y exclusivo, porque es a partir de la permanencia y de la exclusividad que se logrará expresar el amor y acceder a la procreación.

A los adolescentes, muchas veces, les cuesta descubrir que las relaciones

sexuales humanas son expresión del amor ya que a través de las mismas se realiza el don desinteresado de una persona y la acogida del otro; que para que se produzca una verdadera donación previamente habrá que haber comenzado a recorrer el camino de conocimiento, aceptación y posesión de uno mismo, ya que nadie entrega lo que no tiene. Y justamente la permanencia y la exclusividad permiten profundizar este camino, ya que la propuesta de autoposesión no tiene un límite en el tiempo sino que se recicla durante toda la vida. La palabra clave es **unidad**, porque la donación implica unidad en la persona (o lo que es lo mismo: integralidad de todos los planos de la persona) para lograr donarse y unidad con el otro para acceder a la comunión.

Las relaciones sexuales humanas tienen como fin también la procreación. Es un hecho que de la común unión entre dos personas surge la comunidad. Que los jóvenes reflexionen sobre el significado de procreación vs. reproducción, fecundidad, apertura a la vida, deberían ser objetivos prioritarios de todo programa de educación integral de la sexualidad.

El tema del placer no es menor ya que una sexualidad sana necesariamente debe ser placentera, pero además porque hoy más que nunca se acepta y jerarquiza el placer como meta sexual exclusiva.

Cuando el placer se convierte en único fin del encuentro, la sexualidad, que es una potencia generosa destinada a la apertura y al encuentro con el otro, se convierte en una potencia egoísta que me da placer y, el otro, en un objeto. El placer no puede dejar de estar, pero hay que tener en claro que no es el fin sino el medio que facilita el acceso a los fines de las relaciones sexuales humanas: expresión del amor y procreación. Por lo tanto es fundamental, desde la educación, integrar al placer junto con el amor, el sentido y los valores a la totalidad de la persona.

IV. ALGUNOS DE LOS RIESGOS A TENER EN CUENTA

La implementación de programas de educación sexual *bajados* desde el Estado, suponen ciertos riesgos que se han concretizado en muchos países que han transitado un itinerario similar al nuestro.

A modo de enunciado y sin proceder a su análisis, cabe mencionar:

Ideología de perspectiva de género. Es preocupante que el Programa Nacional de Educación Sexual Integral incorpore la perspectiva de género en forma implícita (artículo 2), y que la Ley de Educación Sexual de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la incorpore en forma explícita (artículo 4).

Se sabe que las estrategias de penetración de esta ideología pasan justamente por sancionar leyes que la reconozcan y por desarrollar programas educativos que plasmen su visión del mundo.

Es fundamental capacitar a los docentes para que puedan realizar un discernimiento adecuado de las propuestas que recibirán desde el Estado y una adaptación de los lineamientos curriculares básicos a "su realidad socio cultural, en el marco del respeto a su ideario institucional y a las convicciones de sus miembros".

Rupturas crecientes entre sexualidad, amor y procreación. Los adelantos científicos y la cultura de hoy estimulan las **rupturas** entre sexualidad (relaciones sexuales), amor (entendido como su mínima expresión: relacionalidad) y procreación. Así se asiste a la presencia de:

- relaciones sexuales sin relacionalidad ni procreación; es el caso del *sexo libre* u ocasional y la prostitución, los cuales han existido siempre pero nunca con la convalidación social que tienen en este momento.
- Relaciones sexuales, con relacionalidad y sin procreación, lo que también ha existido pero jamás con el grado de expansión de este momento. A partir de 1960, con la presentación en sociedad de la píldora anticonceptiva, la anticoncepción sigue extendiéndose en el mundo.
- Relacionalidad y procreación sin relaciones sexuales: es el caso

de la fertilización asistida homóloga.

- Procreación sin relacionalidad ni relaciones sexuales: fertilización asistida heteróloga, alquiler de útero, etc.
- No relaciones sexuales, no relacionalidad, no procreación, es el caso del *sexo virtual*. Esta posibilidad puede sonar como imposible, sin embargo, basta adentrarse en el mundo cibernético para constatar que hay muchos adolescentes y adultos jóvenes que ceden a esta propuesta.

Todas las rupturas muestran en mayor o menor medida cierto grado de deshumanización. Por cierto, el *sexo virtual* es el que ostenta el mayor grado.

V. PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS

No cabe duda que el tema de la educación sexual es prioritario dentro de la agenda bioética en Argentina, ya que se juega a través del mismo la educación de las próximas generaciones.

No es difícil predecir cuáles serán los contenidos básicos que se *bajarán* desde el Ministerio de Educación ni la visión del mundo que ellos representan.

Las protestas sin propuestas resultan siempre estériles. Es por eso que, desde el Instituto para el Matrimonio y la Familia de la UCA, se plantea como prioritario para el 2007 redoblar los esfuerzos dirigidos a la capacitación docente y comenzar la capacitación de padres en

educación integral de la sexualidad.

Este es el tercer año consecutivo que se dictan cursos de capacitación docente. Este año, 2006, se ha ofrecido, durante el primer cuatrimestre, un curso presencial, de frecuencia semanal y con una carga horaria de 80 horas. Durante el segundo cuatrimestre se repitió el mismo curso presencial concentrado en cuatro fines de semana, uno por mes, para dar oportunidad a docentes del interior. Tenemos el propósito de ofrecer el año próximo los mismos cursos con similares modalidades y, además, un curso a distancia.

La capacitación de padres también es importante, por lo que el año próximo se

ofrecerá un ciclo de formación de padres en educación integral de la sexualidad que, esperamos, constituirá el primer eslabón de una serie de propuestas.

Agradezco nuevamente a los organizadores del Congreso la oportunidad brindada e invito a todos aquellos que quieran colaborar con las actividades que desarrolla el Instituto para el Matrimonio y la Familia UCA. Como todos saben, este Instituto es muy nuevo dentro de la Universidad y tiene como objetivo, entre otros, nuclear las distintas iniciativas que se llevan adelante en los distintos estamentos de la Universidad en los temas vinculados al Matrimonio y la Familia.

INICIO DE LA VIDA HUMANA Y DEBATE SOBRE EL ABORTO

Viernes 13 de octubre de 2006

Dr. Enzo Canónaco

- Médico endocrinólogo, Jefe de la Unidad Endocrinología del Hospital Interzonal General de Agudos Presidente Perón.
- Médico jerarquizado en Endocrinología.
- Médico especialista en Nutrición.
- Médico Legista.
- Médico especialista en Organización y Administración Hospitalaria y Médico especialista en Ponderación y Auditoría Médica.
- Médico especialista en Medicina Sanitaria.
- Magister en Bioética por el Instituto de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Católica Argentina y por el Instituto de Matrimonio y Familia de la Pontificia Universidad Lateranense y el Instituto de Bioética de la Escuela de Medicina "A. Gemelli", Universidad Católica del Sacro Cuore, Roma, Italia
- Docente Adscripto en Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Buenos Aires.
- Docente de la Unidad Hospitalaria "I", Hospital Interzonal Presidente Perón.
- Docente del curso "Perfeccionamiento en Endocrinología", Colegio de Médicos, distrito II de la provincia de Buenos Aires.
- Profesor de Dedicación Especial del Instituto de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Pontificia Universidad Católica Argentina.

Palabras clave

- Fecundación
- Aborto
- Metrorragia

RESUMEN

El autor presenta su trabajo de investigación basado en un *análisis retrospectivo de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de aborto* y de la relación existente entre el aborto y distintas variables, como ser: diagnóstico etiológico, edad de la paciente, edad gestacional, tipo de cobertura social, diagnóstico diferencial del tipo de aborto, estado civil y forma de alta institucional.

Para ello se analizaron 440 casos (historias clínicas) con diagnóstico de metrorragia, asistidas en un hospital interzonal general de agudos de la provincia de Buenos Aires, durante el año 2004.

La fecundación es un proceso implicado en todas las formas de reproducción sexuada: es la fusión de las gametas masculinas y femeninas, espermatozoide y ovocito, que son células aploides, para constituir una nueva célula diploide llamada cigoto o embrión.

Los estudios realizados en el campo de la genética, la citología y la embriología han puesto en evidencia que la producción de las gametas humanas comprende los procesos de espermatogénesis en el hombre y ovogénesis en la mujer. La espermatogénesis y la maduración posterior del espermatozoide, lo llevan a una dotación cromosómica de 23x ó 23y, adquiriendo durante este proceso una

progresiva maduración, movilidad y capacitación, que denominamos "capacidad fecundante".

La ovogénesis, que también implica una reducción de la dotación cromosómica a 23x, sólo se completa en el ovocito II –maduro–, una vez que la gameta femenina ha sido penetrada por el espermatozoide, o sea, una vez que el ovocito II ha sido fecundado.

No es objetivo de esta presentación detallar el lugar y la forma en que las gametas llegan a encontrarse. Sin embargo, creo que es importante poner de relieve los procesos físicos y químicos subcelulares que acontecen en concordancia con esta unión, procesos que ponen en evidencia que a partir de ese mismo instante dejan de ser gametas, cada una con sus propios componentes, para pasar a ser un nuevo individuo, tanto desde el punto de vista estructural como desde el punto de vista funcional.

Estos procesos que se desencadenan como respuesta a la fusión del espermatozoide y el ovocito son:

- 1) Reacción cortical de la membrana plasmática del ovocito, desencadenada por el espermatozoide una vez que éste, por la reacción acrosómica, penetra la zona pelúcida produciendo la liberación de enzimas, que modifican la estructura de esta zona, impi-

diendo la polipenetración espermática del ovocito.

- 2) Reactivación de la segunda división meiótica del ovocito II: luego de la penetración de la cabeza del espermatozoide se reactiva el ovocito II y continúa y se completa su segunda división meiótica, acompañada de una reducción cromosómica, división que va seguida de la eliminación del segundo glóbulo polar.
- 3) Formación del huevo o cigoto: El ovocito II termina la segunda división meiótica poseyendo ya en el seno de su citoplasma al núcleo del espermatozoide que lo ha fecundado. La célula que resulta de esta fusión es **ya considerada célula huevo**, pero se trata de una célula peculiar que posee en su citoplasma dos núcleos, también llamados pronúcleos, uno masculino y otro femenino, que están sometidos a los efectos de los mismos factores citoplásmicos, presentes en el citoplasma de los ovocitos maduros, que en forma sincronizada conducen a la duplicación del material cromosómico preparatorio para la primera división de segmentación, de la cual resultarán las dos primeras blastómeras. Ambos pronúcleos, luego de la duplicación cromosómica, disuelven sus membranas, la cromatina se condensa y una vez llegado al estado de división denominado metafase, los cromosomas migran hacia el plano ecuatorial de la célula, que

determina el primer plano de segmentación. Antes de que se produzca la primera división, también ocurre una distribución del material citoplásmico, tanto del ovocito como del espermatozoide, que aporta un importante número de mitocondrias que estaban ubicadas en su cola.

Estas acciones son indicación de cómo el “embrión precoz” recurre a sus propios elementos subcelulares, para proseguir con su desarrollo.

Esto evidencia que la fecundación del ovocito II (óvulo) constituye el “acto” que nos permite diferenciar la anticoncepción del aborto en lo atinente a la aplicación de técnicas anticonceptivas. Por lo que todas aquellas intervenciones –moralmente ilícitas- llevadas a cabo sobre el óvulo ya fecundado, son encuadradas dentro del concepto moral de aborto, tal como se especifica en *Evangelium Vitae* (58): “la eliminación deliberada y directa, como quiera que se realice, de un ser humano en la fase inicial de su existencia, que va de la concepción al nacimiento”, es considerada como “aborto procurado”.

Sobre este particular, Juan Pablo II, en el mismo documento eclesial propuso como enseñanza definitiva e irreformable, garantizada por la infalibilidad propia del Magisterio ordinario y universal de la Iglesia, que: “con la autoridad conferida por

Cristo a Pedro y a sus Sucesores, en comunión con los obispos de la Iglesia católica, confirmo que la eliminación directa y voluntaria de un ser humano inocente es siempre gravemente inmoral" (E.V., 57).

Teniendo en cuenta que el embrión tiene el valor propio de la persona humana, el aborto voluntario siempre es un delito contra la vida personal, en realidad es un homicidio que se "ejecuta" en el contexto de una realidad psico-socio-económico-cultural que involucra tanto a la persona que lo procura (mujer embarazada) como al ejecutor de la práctica delictiva: profesional médico y/o auxiliar de la medicina y en algunos casos "idóneos" no profesionales.

En este marco conceptual se abordará la presentación de un trabajo de investigación sobre un: *análisis retrospectivo de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de aborto* y de la relación existente entre el aborto y distintas variables, como ser: diagnóstico etiológico, edad de la paciente, edad gestacional,

tipo de cobertura social, diagnóstico diferencial del tipo de aborto, estado civil y forma de alta institucional.

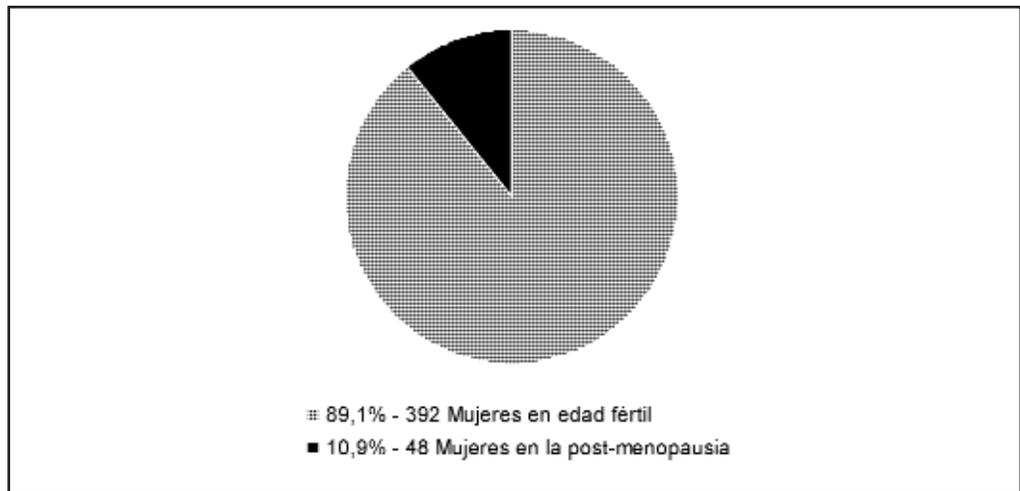
Para el desarrollo del trabajo se analizaron 440 casos (historias clínicas) con diagnóstico de metrorragia, asistidos en un hospital interzonal general de agudos de la provincia de Buenos Aires, durante el año 2004. Para la selección de las historias clínicas se recurrió al sector de estadística y archivo de la institución, donde se suministró la información necesaria.

El motivo de haber escogido el diagnóstico de metrorragias para ingresar al sistema de archivo de la institución radicó en que el mismo permitió abarcar todos los cuadros clínicos con probable interrupción del embarazo. De esta forma, se accedió al archivo con el diagnóstico de ingreso de la paciente: "metrorragia", se seleccionó la historia clínica y luego del análisis de la misma surgió el diagnóstico de egreso: amenaza de aborto, aborto completo, etc.

TOTAL DE CASOS DE METRORRAGIA

n=440

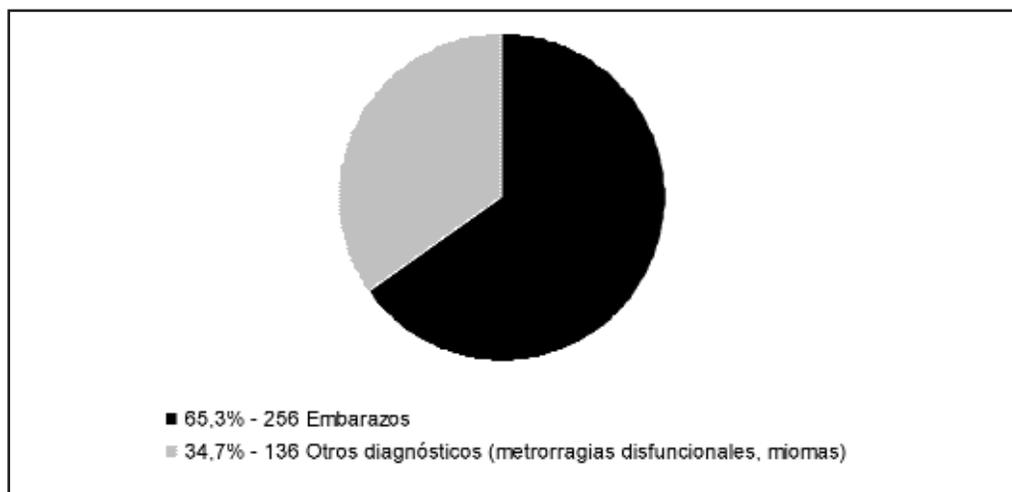
Como resultado del análisis mencionado surge que del universo analizado, conformado por 440 historias clínicas, 392 (89,10%) correspondieron a mujeres en edad fértil mientras que 48 (10,90%) lo fueron de mujeres en la post-menopausia.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA METRORRAGIA EN EL GRUPO DE MUJERES EN EDAD FÉRTIL

n = 392

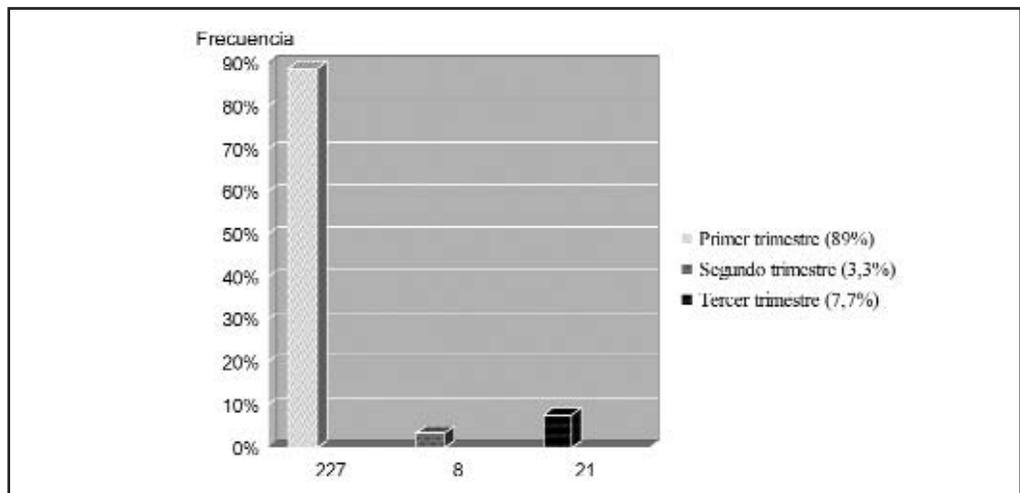
Del primer grupo, es decir de las 392 mujeres en edad fértil, 256 casos (65,20%) correspondieron a mujeres embarazadas mientras que 136 casos (34,80%) correspondieron a mujeres en edad fértil que consultaron por metrorragias debidas a patologías orgánicas como miomas, disfuncionales, etc.



DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD GESTACIONAL

n = 256

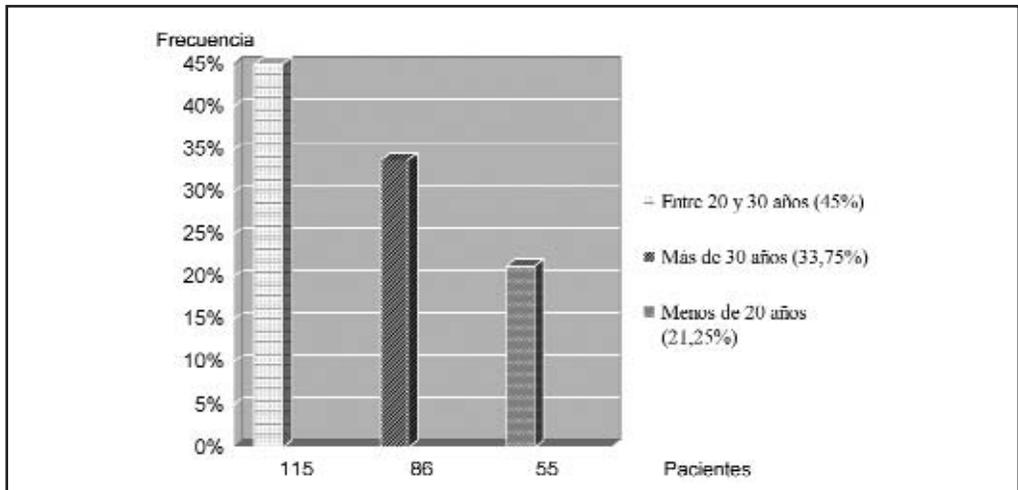
De las 256 mujeres que ingresaron embarazadas con metrorragia, 227 casos (88,80%) cursaban el primer trimestre de gestación, 8 casos (3,3%) el segundo trimestre de gestación y 21 casos (7,7%) el tercer trimestre.



DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDADES:

n = 256

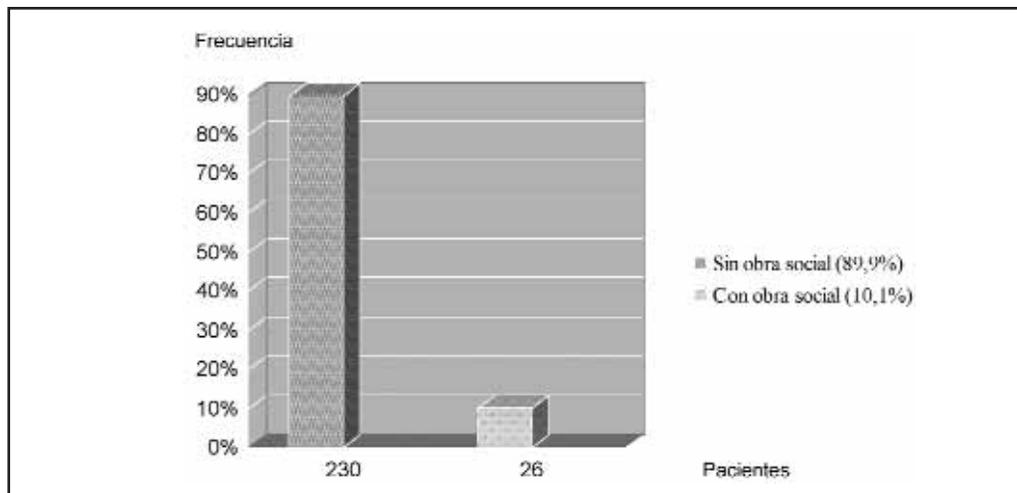
De este grupo de mujeres embarazadas, 115 (45%) tenía entre 20 y 30 años de edad, 86 (33,75%) más de 30 años de edad y 55 (21,25%) menos de 20 años de edad.



DISTRIBUCIÓN SEGÚN COBERTURA SOCIAL

n = 256

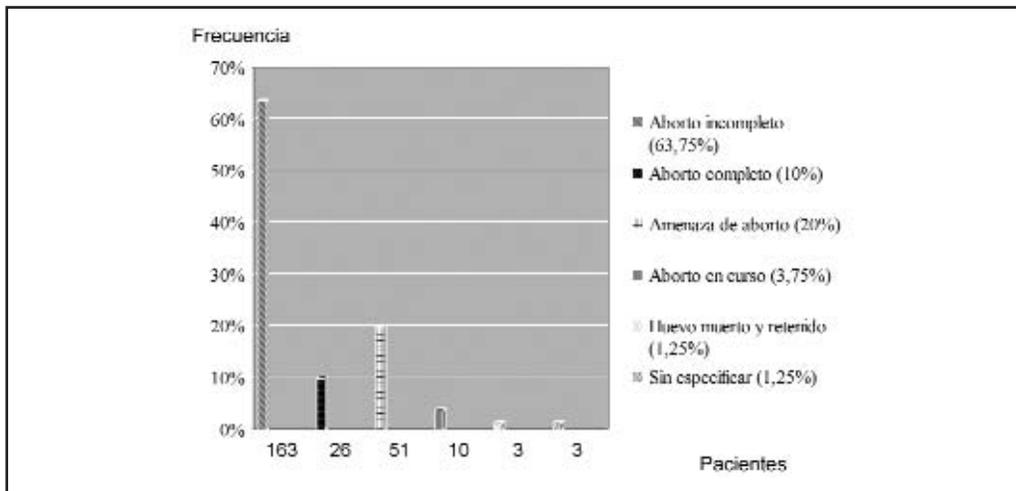
Al analizar el tipo de cobertura social que poseían las pacientes asistidas hallamos que 230 de ellas (89,9%) carecía de cobertura social, mientras que 26 tuvieron algún tipo de cobertura social.



DISTRIBUCIÓN SEGÚN DIAGNÓSTICO DE TIPO DE ABORTO:

n = 256

Cuando realizamos el análisis del diagnóstico del tipo de aborto, hallamos que 163 casos (63,75%) se diagnosticaron como aborto incompleto, 51 casos (20%) como amenaza de aborto, 26 casos (10%) como aborto completo, 10 casos (3,75%) como aborto en curso, 3 casos (1,25%) como huevo muerto y retenido mientras que otros 3 casos (1,25%) se hallaron sin diagnóstico específico.



DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL CUADRO DE ABORTO:

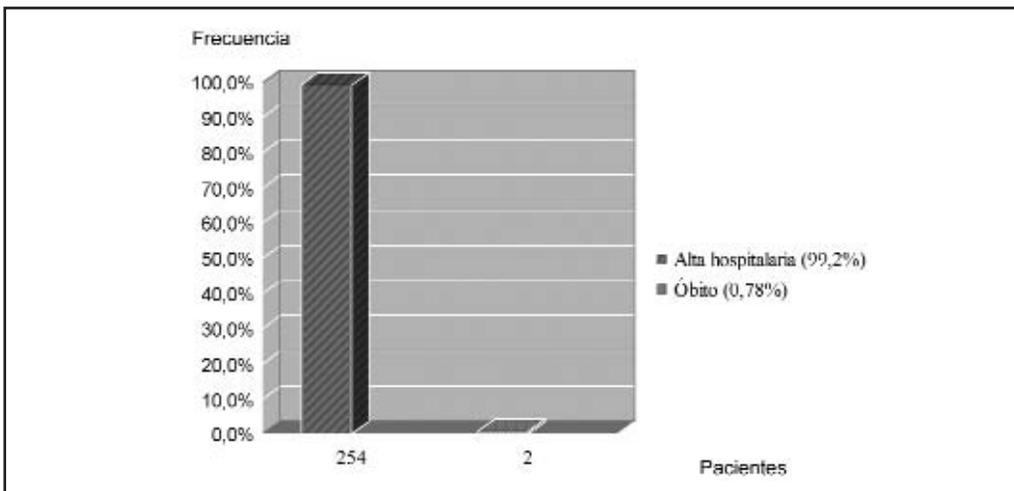
n = 256

- 1- Paciente de 31 años con aborto incompleto febril.
- 2- Paciente de 36 años con aborto incompleto.

Al evaluar la evolución clínica de las pacientes internadas, hallamos que 254 pacientes (99,2%) egresaron con alta hospitalaria, mientras que 2 pacientes (0,78%) evolucionaron con óbito.

De los dos casos con óbito, uno de ellos correspondió a una mujer de 36 años de edad, que ingresó a la institución por guardia con un cuadro de metrorragia post-atraso menstrual y lipotimia, refiriendo haberse colocado ocho comprimidos de OXAPROST 48 hs. antes. Se diagnosticó aborto incompleto con maniobras en embarazo de tres meses de evolución, shock hipovolémico y restos fetales en canal cervical. Se le practicó legrado evacuador. La paciente presentó un paro cardiorrespiratorio que no respondió a las maniobras de reanimación.

El otro caso de óbito correspondió a una mujer de 31 años de edad que ingresó a la institución por guardia con un cuadro de metrorragia post-atraso menstrual de 14 semanas y síndrome febril. De la lectura de la historia clínica se constató que la paciente "confiesa maniobras abortivas con sonda". De acuerdo con los resultados del examen presentó restos fetales en vagina. Se diagnosticó aborto incompleto febril por maniobras abortivas. El cuadro evolucionó con falla multiorgánica, alteraciones de la coagulación y paro cardíaco que no respondió a las maniobras de reanimación.

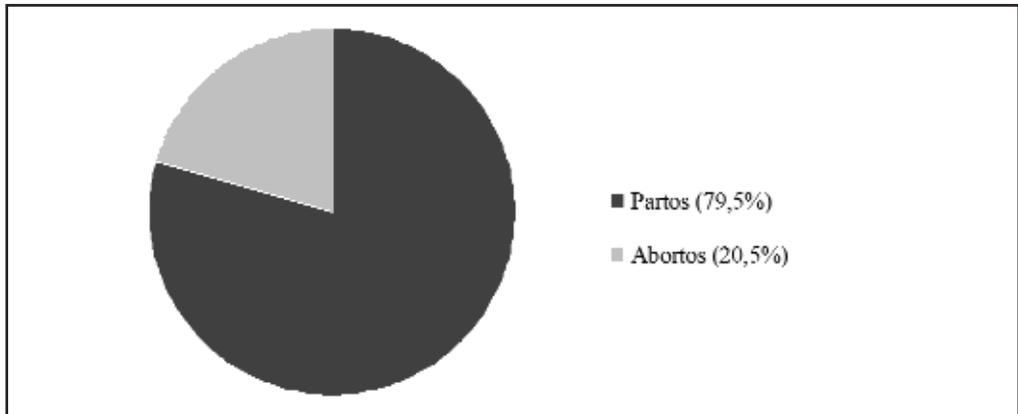


RELACIÓN ENTRE EMBARAZOS, PARTOS Y ABORTOS:

n = 995 partos

n = 256 abortos

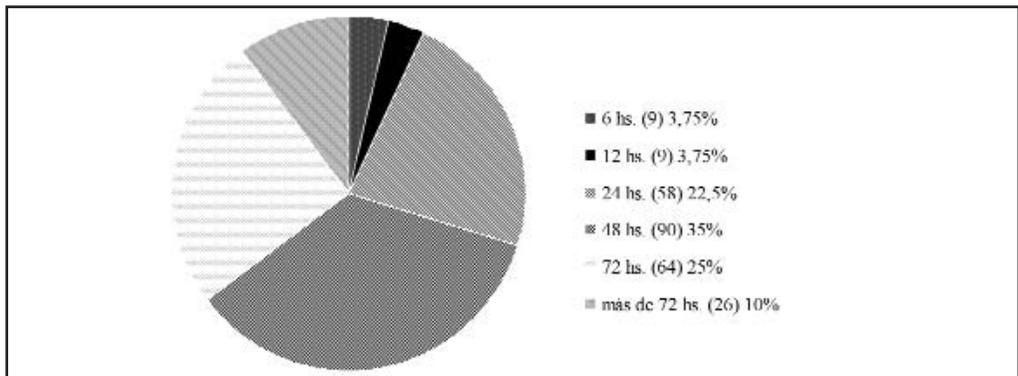
Del total de mujeres embarazadas (1251 casos) asistidas en el hospital, 995 casos correspondieron a partos (79,5%) y 256 casos (20,5%) correspondieron a abortos en sus diversas formas clínicas.



DISTRIBUCIÓN SEGÚN HORAS DE EVOLUCIÓN:

n = 256

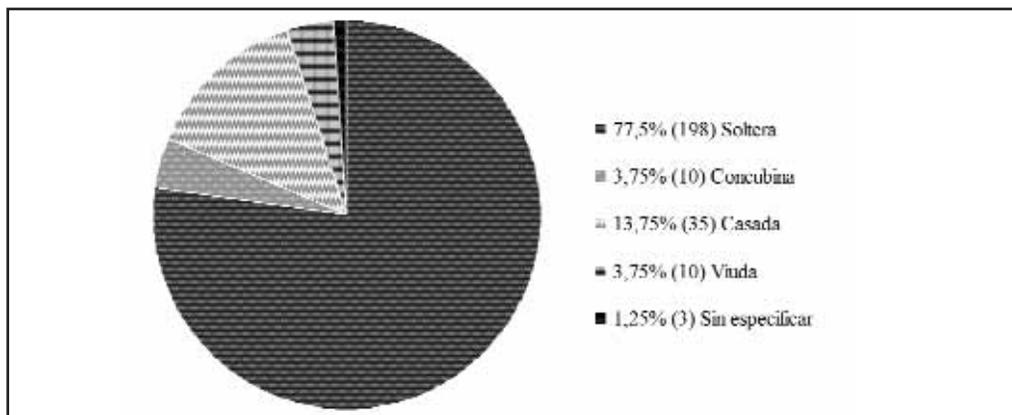
De los 256 casos de metrorragia analizados, las pacientes generalmente concurren a la consulta institucional con un cuadro evolutivo que varió entre 6 hs. y 72 hs., mientras que un 10% de ellas concurre a la consulta luego del tercer día de iniciada la metrorragia.



DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO CIVIL:

n = 256

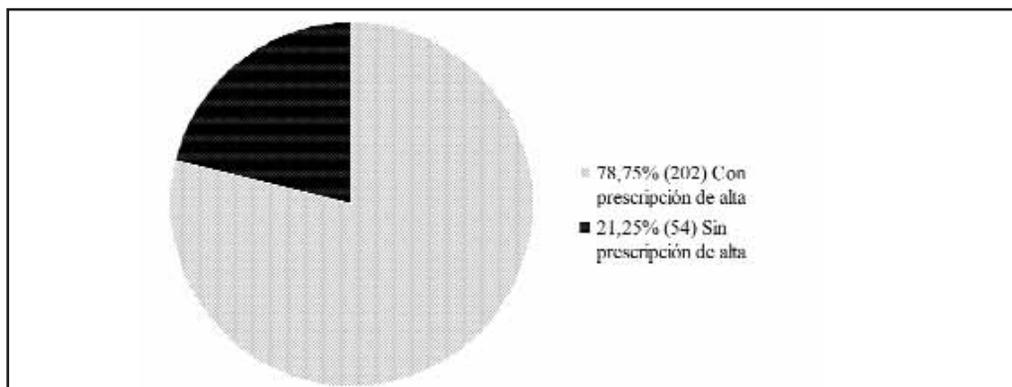
Cuando se analizó el estado civil de las pacientes asistidas, un 77,5% de ellas eran solteras, mientras que un 13,75% eran casadas.



DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE ALTA INSTITUCIONAL:

n = 256

Con respecto al tipo de alta institucional, en el 78,75% de los casos analizados, se constató la indicación de alta médica, mientras que en el 21,25% de los casos, las pacientes se fugaron de la institución sin alta médica. En estos casos, en las historias clínicas se constató la leyenda: "siendo las ... horas ni la paciente ni sus pertenencias se encuentran en su habitación".



CONCLUSIONES

- 1- Sobre un total de 1251 embarazos asistidos en la institución donde se realizó el estudio, 256 casos (20,5%) fueron abortos.
- 2- En un sólo caso de los abortos asistidos se halló en la historia clínica la descripción de lesiones a nivel del cuello del útero: "En cuello se visualiza eritema periorificial".
- 3- La mayor frecuencia de abortos asistidos ocurrió:
 - En mujeres entre 20 y 30 años de edad (45% de los casos).
 - En el primer trimestre del embarazo - hasta la 12da semana de gestación- (89% de los casos).
- En mujeres solteras (77,5% de los casos).
- En mujeres que concurrieron a la consulta con una metrorragia de 24 a 72 horas de evolución.
- 4- En 19 (7,31%) de los casos analizados se constató el diagnóstico de aborto provocado. De éstos, 4 casos (22,2%) fueron abortos instrumentales (utilización de sondas), mientras que 15 casos (77,8%) fueron abortos provocados por la utilización de fármacos (oxaprost, prostaglandinas).
- 5- Se constató que cuando el fármaco utilizado como abortivo fue el oxaprost, la vía de administración fue tanto sistémica (bucal) como local (intravaginal).

DONANTE PRESUNTO

Viernes 13 de octubre de 2006

Pbro. Rubén Revello

- Sacerdote del clero de Lomas de Zamora (Buenos Aires)
- Párroco de Sagrada Familia de Nazareth, Banfield (Buenos Aires)
- Cursó sus estudios Superiores de Teología en la Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA)
- Especialista en Bioética de la Universidad del Sacro Cuore (Roma, Italia)
- Consejero Titular de la Facultad de Ciencias Médicas (UCA) – 2001/ 2005
- Coordinador del Instituto de Bioética (Facultad de Ciencias Médicas - UCA)
- Docente e Investigador del Instituto de Bioética (UCA)
- Profesor Adjunto de Teología Moral en el Magíster de Ética Biomédica (Instituto de Bioética, UCA)
- Profesor de Antropología Teológica, Carrera de Psicología (UCA)
- Profesor de Doctrina Social de la Iglesia, Carrera de Psicología (UCA)
- Perito en Bioética de la Conferencia Episcopal Argentina
- Secretario Ejecutivo de la Comisión de Fe y Cultura (Conferencia Episcopal Argentina)
- Coordinador de la Comisión de Seguimiento Legislativo (Conferencia Episcopal Argentina)
- Coordinador del Observatorio Cultural de la UCA y de la Conferencia Episcopal Argentina
- Miembro Titular del Comité de Ética en Medicina, Academia Nacional de Medicina

Palabras clave

- Trasplante
- Respeto
- Donación

RESUMEN

El artículo elaborado por el Pbro. Rubén Revello, Coordinador del *Instituto de Bioética*, refiere una síntesis reflexiva acerca de la Ley de Donación de órganos (sancionada hace tiempo en la Argentina) y, específicamente, la cuestión del "donante presunto". Dicha Ley ha sido sancionada con la intención de aumentar las donaciones de órganos en el país; sin embargo, se considera que la donación compulsiva no es el mejor camino para tal fin.

Se explica la constitución del ser humano (cuerpo y alma) para comprender el concepto de cadáver, haciendo hincapié en todo momento sobre el respeto que se le debe brindar, a pesar de ya no ser más una persona. Enfatiza la concientización de la población como uno de los mejores caminos para el aumento de donaciones. Finalmente, postula que la postura de la Iglesia al respecto se deja iluminar por la ciencia.

Hace ya tiempo en la Argentina se sancionó la llamada *Ley de Donación de órganos*, [1] que incluye en su articulado la disputada cuestión del "donante presunto" o del "silencio/consenso". Sobre este tema se han realizado en el

Congreso de la Nación varios encuentros entre legisladores y diversos especialistas, entre los cuales se contaba la Universidad Católica Argentina. Las reflexiones que siguen son el resumen de lo expuesto en aquella ocasión.

Desde la antropología clásica se afirma que la persona es al mismo tiempo alma y cuerpo. [2] Ambos elementos se encuentran intrínsecamente unidos de modo tal que si falta alguno de estos principios, la persona como tal desaparece. En el caso que nos ocupa, el lenguaje común da cuenta de ello, ya que si la muerte irrumpe, no hablamos más de cuerpo sino de "cadáver", [3] para distinguir que al no estar inhabitado por el principio trascendente (el alma), su condición no es la misma.

Al dejar de ser persona, carece (como consecuencia de ello) de la dignidad correspondiente, así como de los derechos que de esa condición se siguen. Sin embargo, el cadáver merece un trato respetuoso, en atención a su pasada condición y todo lo que significó tanto afectiva como psicológicamente para los deudos y para el resto de la sociedad. La Sagrada Escritura indica qué debe hacerse cuando muere un hombre y considera impuro por

[1] Nos referimos a la Ley 26.066.

[2] LUCAS, Ramón Lucas, *El hombre espíritu encarnado: compendio de Filosofía del hombre*, Salamanca, Sígueme, 2003.

[3] Cadáver proviene del latín "*caro data vermibus*", o "carne dada a los gusanos", en referencia a aquello que por carecer de vida propia queda expuesto a la degradación. San Isidoro de Sevilla en sus "Etimologías" lo vincula al término "*cado*" o caído refiriéndose así a lo que no se puede sostener por sí mismo.

siete días a quien haya tocado al muerto (Num 19, 11 y ss.). También alaba a quienes tratan con el respeto indicado por la Ley a los cadáveres, como es el caso de Tobit (Tobías, 2, 3-7). Posteriormente el Talmud marcó la praxis del pueblo de Israel respecto del trato correcto que se debía dar a los muertos. [4]

PRAXIS DEL MAGISTERIO DE LA IGLESIA

El Santo Padre Juan Pablo II ha manifestado en varias oportunidades su apoyo a la donación de órganos. Una de ellas fue en ocasión de primer Congreso Internacional de Trasplante de Órganos, que tuvo lugar en Roma en 1994. Allí

señaló la conveniencia de la donación de órganos, como un modo de donación de sí mismo, [5] concepto que repitió en otro congreso seis años después:

“Los trasplantes son una gran conquista de la ciencia al servicio del hombre y no son pocos los que en nuestros días sobreviven gracias al trasplante de un órgano. La técnica de los trasplantes es un instrumento cada vez más apto para alcanzar la primera finalidad de la Medicina: el servicio a la vida humana. Por esto, en la carta encíclica *Evangelium Vitae* recordé que, entre los gestos que contribuyen a alimentar una auténtica cultura de la vida ‘merece especial reco-

[4] CANTERA MONTENEGRO, Enrique, *Vida cotidiana de las aljamas judías en la Corona de Aragón y Castilla*, vol II, Barcelona, 1987, 204-207: “También la muerte iba acompañada entre los judíos medievales de un complejo ritual, minuciosamente observado por familiares y allegados. Nada más producirse la muerte, se procedía a cerrar los ojos del difunto, pues se creía que si permanecían abiertos no podría encontrar el camino hacia el mundo ultraterreno. Rito fundamental en el judaísmo es el minucioso lavado del cadáver con agua caliente o tibia (*tahara*), procediéndose también a afeitar el pelo y el vello corporal del difunto y a cortarles las uñas, ya que el Talmud los considera elementos impuros. A continuación se amortajaba el cadáver, tarea en la que se empleaban entre 20 y 25 codos de lienzo (de 15 a 20 metros), ya que había que vendar todo el cuerpo. En cumplimiento de las recomendaciones de los rabinos, los cadáveres se enterraban sin ningún tipo de ajuar o con piezas muy sencillas (anillos, monedas o amuletos), como símbolo de la igualdad de todos los hombres, ricos y pobres, ante la muerte.

Los alimentos que había en una casa en la que se producía una muerte eran considerados intocables, lo que en su origen obedecía, sin duda alguna, a razones higiénico-preventivas. Así mismo se procedía a vaciar todos los depósitos de agua, ya que la superstición popular afirmaba que el ‘ángel de la muerte’ lavaba su mortífera espada en las aguas que encontraba a su alcance; de este modo, las tinajas colocadas boca abajo en la puerta de la casa eran una manifestación externa de duelo por un difunto.

El entierro tenía lugar, normalmente, el mismo día del fallecimiento. Los asistentes al cortejo vestían con frecuencia ropas negras y se cubrían la cabeza, recorriendo una distancia considerable hasta el cementerio, ya que éste se ubicaba siempre fuera del recinto urbano. Tras recitar algunos salmos y oraciones fúnebres (*héspedes*), se procedía a la inhumación del cadáver, cubriéndose la tumba con una gran losa, sobre la que los allegados depositaban una pequeña piedra cada vez que la visitaban.”

[5] Juan Pablo II, *Discurso a los participantes del I Congreso Internacional de Trasplante de Órganos*, Roma, 1994: “Con el advenimiento de los trasplantes el hombre encontró un modo de donación de sí mismo, de su cuerpo y de su sangre, para que otros puedan seguir viviendo.”

nocimiento la donación de órganos, realizada según criterios éticamente aceptables, para ofrecer una posibilidad de curación e incluso de vida, a enfermos tal vez sin esperanzas' (n. 86)". [6]

En ese mismo acontecimiento el Santo Padre recordó que la "muerte de la persona" consiste en la *total desintegración* de la persona misma, fruto de la separación del principio vital o alm, de la realidad física del ser humano. También aclaró que la muerte es un hecho que ninguna técnica científica o método empírico puede identificar directamente, sin por ello dejar de reconocer que se producen signos biológicos, que los médicos pueden constatar con precisión. La Iglesia respeta los así llamados "criterios para certificar la muerte" que actualmente propone la ciencia, aún cuando "no se han de entender como la determinación técnico-científica del momento exacto de la muerte de una persona, sino como un modo seguro, brindado por la ciencia, para identificar los signos biológicos de que la persona ya ha muerto realmente". [7]

En cuanto a la disputa entre los llamados criterios "cardio-respiratorios" *versus* los "encefálicos" la Iglesia no hace opciones científicas. Ella, como Madre de huma-

nidad, está más interesada en custodiar el necesario respeto debido a esa vida "poniendo de relieve las semejanzas y los posibles conflictos que podrían poner en peligro el respeto a la dignidad humana". [8]

También en la encíclica *Evangelium Vitae* el papa Juan Pablo II había tratado el tema de los trasplantes al referirse a la "cultura de la vida" como alternativa necesaria a la "cultura de la muerte". Precisamente en ese espacio recomendó: "Jesús revela cuánto vale para Él la vida de cada hombre y cómo ésta se realiza plenamente en la entrega sincera de sí mismo. Más allá de casos clamorosos, está el heroísmo cotidiano, hecho de pequeños o grandes gestos de solidaridad que alimentan una auténtica cultura de la vida. Entre ellos merece especial reconocimiento la donación de órganos, realizada según criterios éticamente aceptables, para ofrecer una posibilidad de curación e incluso de vida, a enfermos tal vez sin esperanzas". [9]

DONANTE CADAVERÍCO

La posibilidad de poder contar con donantes cadavéricos abrió muchas posibilidades en el campo de los trasplantes, pero trajo como consecuencia el planteo ético

[6] Juan Pablo II, Roma, 29 agosto de 2000, n° 5.

[7] *Ibidem*.

[8] *Ibidem*.

[9] Juan Pablo II, *Evangelium Vitae*, Roma, 1995, n° 86.

sobre la certeza en la determinación del momento de la muerte (al cual nos referíamos pocos párrafos antes) o la moralidad de utilizar un cadáver para sostener la vida de quien necesita un órgano para subsistir.

La pregunta que nos planteamos es: ¿es lícito disponer de un cadáver como medio terapéutico? ¡Por supuesto que es lícito! (siempre que sea hecho en el respeto de las condiciones éticas necesarias). Si bien antes de ser cadáver esa realidad física formó parte de una persona, con derechos, obligaciones y con una dignidad inalienable, sin embargo, luego de la irrupción de la muerte, todo esto cesa. Ahora el cadáver continúa siendo una referencia a la persona que lo inhabitó, *pero no es más la persona*, y pierde consecuentemente los derechos que la asistían.

Sin embargo, una persona puede facilitar mucho el recurso a su cadáver, disponiendo qué hacer con él, por medio de lo que se conoce como “voluntad anticipada”. Por este recurso legal, la persona indica cuál es su voluntad respecto de la donación de sus órganos, evitándole a la familia, al juez o al Estado, la siempre difícil situación de tener que decidir en algo tan particular.

Anticipar la propia voluntad, dejando constancia, por medio de un acto libre y consciente, de la decisión de donar los

propios órganos, es un acto generoso y meritorio, que no puede ser reemplazado por una suposición. La contundencia del acto de amor de quien dona no puede equipararse al silencio indiferente de quien no se pronuncia.

LEY DEL DONANTE PRESUNTO

En la Argentina la Ley 26.066, modificatoria de la Ley 24.193, es la ley que permite a todos los ciudadanos mayores de 18 años el derecho a decidir sobre el destino de sus órganos y tejidos para después de su muerte, tanto para expresar su voluntad afirmativa como de oposición respecto a la donación.

“De no existir manifestación expresa, la ley presume que la persona es donante. En ese caso, en el momento de la muerte, el organismo responsable solicita testimonio a la familia sobre la última voluntad del fallecido.

Antes de las modificaciones a la Ley de Trasplantes, se consideraba que los familiares tenían la última palabra sobre la donación de órganos, aún cuando el fallecido hubiera dejado asentada su voluntad de donar. Con la Ley de Donante presunto cambia el rol de la familia, que pasa de la modalidad de otorgar autorización a la función de dar testimonio sobre la voluntad del fallecido.” [10]

[10] <http://www.incucai.gov.ar/institucional>

Es comprensible la urgencia que genera la falta de órganos disponibles para trasplantes ya que esta carencia es responsable de la pérdida de muchas vidas que podrían salvarse. Sin embargo, esa urgencia no justifica reemplazar un acto consciente y libre, como es el de donar, por el silencio (que puede tener distintas motivaciones como la indiferencia, la falta de claridad en los valores en juego, la cobardía de no tener que enfrentar una decisión difícil, etc.).

Por eso hablar de “donante presunto” es una contradicción en los términos: o se dona con conciencia, intención y voluntad explícita o no es donación y en consecuencia se está avasallando la libertad del sujeto. Esto es más grave cuando quien determina la “presunta voluntad” del donante es el propio Estado que debe ser el garante de las libertades individuales.

Un acto humano debe ser explícito, nunca presunto; un acto bueno, para ser tal, debe tener un vínculo claro con la intencionalidad hacia la que se dirige. La donación es la entrega de un bien o una acción en

favor de otro, hecha consciente y voluntariamente, por el contrario, la compulsión es una obligación, que no implica mi libertad o deseo de hacerlo. No puede obligarse a nadie a realizar un acto solidario porque pierde su condición de grandeza.

Por lo tanto, no creo que el camino para conseguir más órganos sea la donación presunta; la experiencia demuestra que no se han logrado avances por ese lado (Francia es ejemplo de ello); contrariamente, campañas de concientización de la población, la insistencia en la bondad del acto solidario, la facilidad con la que se done un órgano, la transparencia a la hora de la ablación o del destino de esa donación, hará mucho más por la noble causa de la donación de órganos que insistir en aprovechar espacios legales y furtivamente determinar cuál es la intención que la persona tenía y que no dejó aclarada.

Quizás, y a modo de despedida, sirva reflexionar sobre el principio que siempre aplicó la Iglesia en su obrar: *de interniis neque Ecclesia judicat*: “La Iglesia nunca juzga la interioridad de la conciencia”.

CUIDADOS PALIATIVOS Y UNA EXPERIENCIA DESDE EL *HOSPICE*

Viernes 13 de octubre de 2006

Dr. Armando García Querol

- Médico
- Médico especialista en Psicología Clínica, Universidad Católica Argentina (UCA)
- Médico especialista en Organización y Administración de Servicios de Salud (UCA)
- Docente Adscripto de Medicina en la Facultad de Medicina (UBA)
- Profesor Invitado de la Maestría en Ética Biomédica del Instituto de Bioética (UCA)
- Profesor del Seminario de Ética Médica dirigido a todas las carreras de posgrado de la Facultad de Ciencias Médicas (UCA)
- Profesor invitado en los Cursos de Bioética y Enfermería dictados en el Instituto de Bioética (UCA)
- Docente de la Escuela Profesional de Enfermería, Policlínico Ferroviario Central (1976 a 1992)
- Director del Hospice San Camilo

Palabras clave

- Eutanasia
- Cuidados paliativos
- Relación médico-paciente

RESUMEN

El Dr. Armando García Querol analiza el paradigma cuyo eje fundamental se asienta en humanizar la relación entre el médico y el paciente, en contraposición al nuevo paradigma que sostiene un cambio de valores éticos profesionales que aportarían una visión positiva a la eutanasia.

Asimismo, describe el surgimiento de obras de caridad y acompañamiento del enfermo que sedimentaron el actual concepto de los cuidados paliativos. Finalmente, por medio de las historias de tres pacientes del *Hospice* que dirige, ilumina con los propósitos éticos de los cuidados paliativos.

“El compromiso que se impone a la comunidad cristiana en este contexto socio cultural es cómo ayudar a los hombres de nuestro tiempo a tomar conciencia de la inhumanidad de ciertos aspectos de la cultura dominante y a redescubrir los valores más preciosos por ella ofuscados.”

Juan Pablo II

En 1992, Hiroshi Nakajima, director general de la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone un cambio de paradigma para la asistencia. La propuesta incluye: un doble estándar para las políticas de salud, reemplazo de la relación médico-paciente por sistema de salud-paciente, abandono del juramento

hipocrático, cambio de valores éticos a nivel profesional, aplicación de programas sustentables y necesidad de una nueva ética planetaria permisiva para este cambio de valores, aquí se incluye una visión positiva de la eutanasia.

En 1994, Kevin Carter, fotógrafo norteamericano, recibe el premio *Pulitzer* por una fotografía tomada en el Triángulo de la Hambruna en Sudán; en ella se ve una niña de tres años en cuclillas en estado de extrema debilidad, y a pocos metros, un buitre posado aguarda.

Al recibir el premio, Carter dijo: “Es la foto más importante de mi carrera pero no estoy orgulloso de ella, la odio, todavía estoy arrepentido de no haber ayudado a la niña”. Esteban Peicovich, al comentarla en *La Nación*, nos recuerda: “En esa foto, si bien no se nos distingue a simple vista, allí estamos, somos sus contemporáneos... esta historia nos pertenece”. Carter recibió fama mundial por su trabajo, pero no soportó la carga. A los dos meses se mató.

Estas dos situaciones nos pertenecen, nos llevan a preguntarnos acerca del modo humano de reaccionar ante la presencia del sufrimiento y la muerte en nuestras vidas. *En el mundo de la salud se refleja en carne viva lo que está en el mundo de la cultura.*

Quisiera compartir una reflexión en

cuanto a lo que significa el hecho de que se plantee la eutanasia como un modo adecuado de responder ante el sufrimiento, desde su rostro real, desde sus consecuencias, desde lo que significa en la tradición médica de la asistencia y en su ministerio. A su vez, también quisiera compartir una experiencia en nuestro medio en la que me tocó participar, que representa de algún modo una respuesta humanizadora de la cultura hacia el mundo de la salud.

Desde la tradición de la asistencia

“Se trata de sumir a la Medicina en la enfermedad auto agresiva de la compasión falsificada.”

G. Herranz

Una primera consideración desde el mundo de la medicina: cuando decimos eutanasia nos referimos a provocar la muerte por acción u omisión por manos del médico con el objeto de mitigar el sufrimiento.

En las palabras del profesor G. Jauregui, se trata no sólo de un error del pensamiento, sino de su concreción; representa una íntima contradicción de sentido, una ofensa a la Medicina y a su ministerio. El acto médico sólo puede estar orientado al bien, y la idea de matar, desde Caín y Abel, tiene una íntima connotación con el mal; el acompañamiento y mitigación del sufrimiento en todo lo posible hasta el fin inevitable,

representan la única eutanasia posible en la tarea profesional.

LA MEDICINA PALIATIVA

El desarrollo de la medicina paliativa como una nueva especialidad médica, incluye una densidad ética donde, para G. Herranz, de algún modo se juega el futuro de la Medicina: o una profesión dirigida a aliviar el sufrimiento de todos y cada uno de los hombres, o una ingeniería socio económica al servicio del poder.

Sus pilares éticos resultan muy elocuentes.

- **Respeto por la debilidad:** nuestra civilización y la Medicina se desarrollaron en el concepto de que la debilidad nos hace acreedores de respeto y protección.
- **Conocimiento de los límites de las intervenciones:** implica la madurez y competencia para reconocerlos ante la irreversibilidad. Los maestros nos enseñan: Curar a veces, aliviar a menudo, confortar siempre”.
- **Compromiso por no discriminar:** conservar la visión de lo sagrado, misteriosamente presente en el derrumbe de la biología. Alexander, en su investigación de lo sucedido en los campos nazis de concentración, nos confirma

que “la palanca apenas perceptible que inició esto fue la admisión teórica remota de que existen enfermos no rehabilitables, cuya existencia no es digna de ser vivida”.

- **Ayuda para la búsqueda de sentido:** ante el sufrimiento inevitable.
- **El valor de la presencia:** que puede con el miedo, allí donde no hay palabras. Cicely Saunders, la fundadora del movimiento Hospice, recordaba que en el Huerto de los Olivos la simple y costosa petición de Jesús fue “*velad conmigo*”.

La historia de la caridad

La tradición hipocrática advertía claramente sobre la actitud médica en estas circunstancias. El cristianismo marca una impronta decisiva, cuando Jesús dice: “*Lo que hicisteis con el más pequeño de mis hermanos, conmigo lo hicisteis*”.

Nos deja así un mandato ético formidable, desde nuestra condición de hijos de Dios, y de hermanos, el deber de asistir con amor, como un reflejo del que Él nos tiene.

Pedro Lain Entralgo enumera una serie de aportes decisivos del cristianismo a la tradición de la asistencia, en los primeros siglos de nuestra era.

Las casas de acogida, asistencia en

domicilio por viudas y diaconisas, el sentimiento de ayuda al enfermo como un deber religioso.

- La Ciudad Hospitalaria que funda san Basilio.
- La condición igualitaria del tratamiento.
- La incorporación sistemática del consuelo.
- La asistencia más allá de las posibilidades del arte.
- La asistencia gratuita al menesteroso.
- La valoración a la vez moral y terapéutica de la convivencia del dolor.
- La incorporación de prácticas religiosas, la oración, la unción de los enfermos al cuidado.

Aquí comienza la historia de las instituciones de la asistencia, un camino que se dio en llamar la Historia de la Caridad, y que luego continúa con la aparición de las órdenes hospitalarias, con la imagen del cuidado como un noble servicio (“el enfermo, mi Señor”).

En este camino se van sucediendo hitos en la asistencia hacia los pacientes moribundos, donde se va concretando este mensaje que el cristianismo aporta:

las *Confreries de la Bonne Morte* con sus voluntarios; san Vicente de Paul y santa Luisa de Marillac; en 1842 Mme. Jeanne Garnier y su *Association des Dames du Calvaire*, en Lyon; en 1879, Dublín, las Hermanas Irlandesas de la Caridad fundan el *Our Ladys Hospital*, luego el *St. Joseph Hospice* de Londres. En 1899 Anne Blunt Storrs, *Calvary Hospital de New York*; en 1970 los *Home Care Teams* en el Reino Unido; en 1974 el *Connecticut Hospice* en los Estados Unidos. Ese mismo año *Medicare* instala estos cuidados en los Estados Unidos en más de 1200 establecimientos, y en el *Royal Victoria Hospital* de Montreal surge el primer servicio de Cuidados paliativos.

En 1967, Cicely Saunders inaugura el *Hospice St. Christopher*, institución que lidera el movimiento *Hospice* mundial. Su acta fundacional decía en un párrafo:

“El *St. Christopher Hospice* está basado en la fe cristiana en Dios, a través de Cristo. Su objetivo es expresar el amor de Dios a todo el que llega, y de todas las maneras posibles, en la destreza de la enfermería y los cuidados médicos, en el uso de todos los conocimientos científicos para aliviar el sufrimiento y el malestar, en la simpatía y entendimiento personal, en el respeto a la dignidad de cada persona como hombre que es, apreciada por Dios y por los hombres. Sin barreras de raza, color, clase o credo”.

EL *HOSPICE* SAN CAMILO, HISTORIA DE UNA RESPUESTA

“La medicina de la persona no es en último análisis una medicina, sino más bien un espíritu que guía la práctica de la Medicina, no excluye la técnica al abrirse a una visión antropológica más completa, permite al hombre percibir en la experiencia del sufrimiento y de la salud una invitación a celebrar la propia responsabilidad, a crecer y realizarse.”

P. Ángel Brusco

En el marco de la tradición precedente nace el *Hospice San Camilo*, no desde una institución médica sino desde una parroquia, San Pedro y San Pablo de Olivos, provincia de Buenos Aires, a partir de un grupo de personas, coordinadas por su párroco, el padre Juan Pablo Contepomi, quienes impulsan avanzar con el entrenamiento para acompañar a pacientes y familias ante una enfermedad terminal. La consigna adoptada es la de san Camilo: “Con el amor de una madre hacia su hijo enfermo y según el Espíritu lo sugiera”.

Así, progresando en el aprendizaje y concretando la inter disciplina y con la misteriosa y eficaz ayuda de la Providencia, se inaugura la casa, con aspecto de casa y clima de hogar, que incluye la mesa familiar que nuestro querido padre Pooli nos enseñara a llamar la “misa ignorada”. Este aspecto fun-

damental lo aportan los voluntarios, que son la columna vertebral y hacen posible extender la tarea profesional de enfermeros y médicos hacia todas las dimensiones de la persona.

Desde un comienzo, la casa contó con el servicio nocturno de enfermería profesional aportado por las Hnas. Siervas de María.

Para iluminar lo que en la casa sucede, compartimos tres imágenes de tres personas recibidas; vaya su recuerdo como homenaje de gratitud desde quienes los asistimos.

Antonio

Lo conocimos un 4 de julio cuando lo fuimos a buscar al Hospital de San Isidro y llegamos a la casa donde todo estaba a punto para recibirlo. Era nuestro primer paciente.

Antonio tenía un cáncer de laringe que había sido diagnosticado 6 meses antes ya en una etapa avanzada y le impedía hablar. Pero todo lo decían sus ojos.

Recordamos su perplejidad ante encontrarse en una casa, él que vivía al aire libre, rodeado del cariño con el que no había podido encontrarse en muchos años.

Tenía entonces 59 años y una historia familiar con mucho dolor y soledad.

Pérdida de vínculos familiares, alcohol, marginación. Creo que en la casa pudo pasar algunos momentos muy felices.

Quiero evocar una noche al pasar de visita tarde por la casa. Allí, en la mesa de la cocina estaban Elvira, una querida señora vecina que tenía un cáncer avanzado de mama; Alejandro, que había ingresado con un cáncer avanzado de próstata con una paraplejía; Antonio y la Hna. enfermera del turno noche, jugándose un truco. Al verlos sentí que estábamos bien encaminados.

La evolución de Antonio que hoy evocamos tuvo también momentos difíciles: los cuidados a su traqueotomía, el dolor, alguna hemorragia bucal y la formación de una fístula faringo traqueal que comenzó a complicar cada vez más su alimentación. En estas circunstancias se hizo claramente perceptible su buena índole, su paciencia y aceptación. Los momentos finales plantearon la posibilidad de una gastrostomía que finalmente no se concretó. Se produjo un reencuentro con su madre que nunca olvidaremos.

Le debemos mucho. Estará contento al ver todo lo que sus pasos por la casa, los primeros, encaminaron, la confianza que nos dieron, el compromiso que generaron y la ternura con que tan generosamente retribuyó lo recibido tarde en la vida y que misteriosamente le permitió, en su final, dar un testimonio ejemplar.

Fabiana

Todo comenzó aquella mañana con una llamada de una asistente social del equipo de Cuidados paliativos del Hospital de Clínicas, quien estaba muy preocupada por la situación de Fabiana, una paciente del servicio.

A Fabiana, de 36 años, en enero del 2001 se le había diagnosticado melanoma en región vulvar que fuera resecaado requiriendo unos meses después resección ganglionar. Un año después quedó embarazada y en diciembre de 2002 nació su hijo, Facundo. Fabiana no tenía pareja, se había desvinculado de su familia hacía veinte años, carecía de obra social, y recibía ayuda de algunos amigos para medicación y pañales para el bebé.

En el momento en el que la asistente social se contactó conmigo, Fabiana estaba internada en el servicio de Cirugía, donde había sido operada de urgencia por una úlcera sangrante de estómago; sufría una progresión loco regional de su enfermedad a la que se agregaban metástasis óseas y subcutáneas múltiples. Facundo tenía dos meses de vida, estaba al cuidado de una amiga, quien poseía la guarda judicial del niño al momento de fallecer su mamá. Sin embargo, la actitud de esta amiga era de franco alejamiento que expresaba un deterioro en la relación.

La situación de Fabiana evidenciaba gran sufrimiento. Por un lado el dolor de tipo incidental, controlado regularmente con 150 a 200 mg. diarios de morfina, y por otro, la angustia ante la separación de su hijo por la internación.

El servicio del hospital estimaba una sobre vida de tres meses, por lo que se planteó su ingreso al *Hospice* para vivir esta etapa acompañada de su hijo. Se evaluó la situación y se decidió su inmediato ingreso. Para el equipo fue una experiencia sin precedentes. Se preparó el apoyo pediátrico necesario y se recibió a Fabiana y Facundo.

Fabiana falleció en el plazo estimado. Poco antes de morir encomendó al padre Contepomi que hiciera lo necesario para que Facundo tuviera una mamá y una familia, cosa que pudo lograrse. Fabiana tuvo la delicadeza de hacernos saber que los transcurridos habían sido los días más felices de su vida.

Miguel

Miguel era profesor de tenis de un club de la zona, vivía solo, era una persona muy querida por sus alumnos y amigos.

Cinco años atrás había sido intervenido por un cáncer de colon, un año después se le resecaó una metástasis hepática, que lo condujo a realizar quimioterapia y meses después se detectó una

nueva en pulmón.

Lo conocimos cuando acababa de cumplir los 66 años. Venía del Hospital Italiano donde había sido internado por un traumatismo de cráneo y los estudios demostraban una metástasis en zona fronto parietal izquierda. El día que llegó al *Hospice* era la hora del almuerzo y al saludarlo en la mesa lo noté profundamente conmovido. Me agradeció especialmente el compartir la mesa, ya que regularmente comía solo.

Las semanas siguientes trajeron un progresivo deterioro que soportó con gran entereza. Su conocimiento de la función corporal adquirido en la práctica del deporte le hacían ser dolorosamente consciente de la progresión de la enfermedad.

Miguel falleció a casi tres meses de su llegada y dejó en todos nosotros un agradecido recuerdo.

Elijo para evocar una noche con sus amigos del club, quienes nos propusieron hacer una reunión para él, amasaron unas pizzas y trajeron una guitarra para cantar un rato. La sobremesa se alargó y Miguel quiso volver a la cama; pidió que dejáramos la puerta abierta para seguir escuchando las canciones. Al rato, uno de los amigos le trajo la letra de *New York, New York*. Tengo grabada la imagen

de Miguel en su cama siguiendo la melodía; de pronto, se abrió la puerta y entraron cantando como si fueran un grupo de coristas, sus amigos del club. Recuerdo su expresión, su sonrisa, el brillo de su mirada, mientras me decía: "Ve, doc, lo que son...".

UN TRIPLE DESAFÍO

Hace algún tiempo escuché al padre Rafael Brown proponer una metáfora, la imagen era la de una peregrinación: hay una vanguardia que tiene como misión fijar el rumbo y una retaguardia que fija el ritmo, no se trata de que lleguen los que puedan, sino de llegar todos, así queda configurado el triple desafío : a) fijar el rumbo a cargo de la vanguardia, b) consolidar la marcha de los que pueden andar, c) y aquí, las mejores cabezas y los mejores corazones para marcar el ritmo, para que no haya excluidos. El precio de no hacerlo será la dureza de corazón.

La experiencia del *Hospice* puede ser considerada como un aporte humanizador desde la cultura hacia el mundo de la salud, que resulta recíprocamente un aporte humanizador hacia la cultura desde el mundo de la salud, ya que quien cuida bien, vive bien; evocando a Henri Nouwen: "En el Espíritu de Dios cuidar y vivir son la misma cosa".

PRIMERAS JORNADAS DE BIOÉTICA PERSONALISTA

Rosario, 6, 7 y 8 de septiembre de 2006

La Bioética Personalista y el comienzo de la vida

- Consideraciones Bioéticas sobre células madre y clonación.
Mons. Dr. Maurizio Calipari
- La Clonación. Elementos científicos y reflexiones éticas.
Mons. Dr. Maurizio Calipari

La Bioética Personalista frente al final de la vida

- La medicina, la vida y la muerte: una mirada antropológica
Dr. Francisco Maglio
- La muerte digna y su significación
P. Lic. Alberto G. Bochaty, O.S.A.
- Defensa de la vida y dignidad humana
P. Lic. Alberto G. Bochaty, O.S.A.
- Proporcionalidad en los medios terapéuticos y de sustentación vital
Mons. Dr. Maurizio Calipari
- La ética del morir desde la medicina
Dra. Teresa M. Fraix
- Dimensión antropológica de la muerte
Prof. Carlota Lattuca de Pochettino
- Vida y Responsabilidad
Psicólogo Eduardo Pochettino
- *Quo vadis homo?* La poshumanidad
Dr. José Alberto Mainetti



El arzobispo de Rosario, Mons. José Luis Mollaghan, da la bienvenida. A su derecha se encuentra el Pbro. Juan José Estrade, director del Instituto de Bioética de la UCA de Rosario y director de las jornadas



Izquierda a derecha

Dr. Nicolás Mayoraz (abogado invitado), Dra. Verónica Porcelli de Baró Graf (médica, integrante del Instituto de Bioética de la UCA Rosario), Dr. Abel Specter (psicólogo invitado), expositores en la mesa sobre Dilemas éticos al inicio de la vida



Bochatey O.S.A. (Argentina), Dr. Dalton Luiz de Paula Ramos (Brasil) y ... (Paraguay)



De izq. a der. Dr. Justo Carvajales y Pbro. Rubén Revello



CONSIDERACIONES BIOÉTICAS SOBRE CÉLULAS MADRES Y CLONACIÓN

Mons. Dr. Maurizio Calipari

- Doctor en Teología Moral, con orientación en Bioética (Academia Alfonsiniana, Roma)
- *Master* en Bioética (Pontificio Instituto Juan Pablo II e Instituto de Bioética de la Universidad Católica del *Sacro Cuore*, Roma)
- Oficial de Estudio de la Pontificia Academia para la Vida (Vaticano)
- Profesor Visitante de la Universidad Católica de Trujillo (Perú)
- Distinción honorífica del Ministerio de Salud de Lima (Perú)
- Colaborador del Centro de Bioética de la Universidad Católica del *Sacro Cuore* (Roma)
- Miembro del Comité Ético de los Hospitales Reunidos (Reggio Calabria, Italia) y miembro del Comité Ético del Hospital "*Cristo Re*" (Roma)

Palabras clave

- Células estaminales
- Perspectiva terapéutica
- Problemas éticos

RESUMEN

La presente ponencia introduce el tema de la clonación por medio de un actualizado estudio sobre el concepto, origen y clasificación de las células estaminales y las técnicas de su obtención. Expone las posibles utilidades de esta clase de células y advierte las consideraciones éticas referentes a su producción y usos, teniendo en cuenta los planteos de la Ética Personalista del respeto a la vida y a la dignidad humana. Por último, propone la utilización de células estaminales "adultas" como solución a las cuestiones éticas.

CÉLULAS ESTAMINALES HUMANAS: CONSIDERACIONES BIOÉTICAS SOBRE SU PRODUCCIÓN Y USO

¿Qué es una célula estaminal?

Ya sea debido condiciones fisiológicas, ya a causa de daños de diferente naturaleza, las células maduras (diferenciadas), que componen los tejidos de los distintos órganos, degeneran y deben ser sustituidas.

Las células estaminales desempeñan esta función de sustitución celular; en el transcurso de toda la vida, cumplen una función vital de mantenimiento de la integridad estructural y funcional de los tejidos.

Las células estaminales (llamadas somáticas o adultas) residen en "nichos"

específicos en los estratos profundos de los diferentes órganos. Por ejemplo, las células estaminales de tejidos específicos: hematopoiéticas, epidérmicas, cerebrales, intestinales, etc.

Son células con características primitivas, están dotadas de una elevada capacidad de multiplicación, produciendo un número enorme de células maduras del tejido en el cual residen. Al mismo tiempo, reproducen copias fieles de sí mismas de forma que haya siempre una "reserva" de células estaminales en el tejido durante toda la vida.

La perspectiva terapéutica

Puede suceder que el daño que se produce en un tejido sea lo bastante extendido para que pueda ser reparado por las células estaminales adultas; en este caso, el trasplante de nuevas células derivadas de células estaminales de diverso tipo, es una de las perspectivas terapéuticas más prometedoras para la cura de enfermedades no controlables con las terapias convencionales.

Hacia fines del año 1998 se exponen las evidencias experimentales de la posibilidad de que células estaminales extraídas de embriones humanos sean aisladas, cultivadas en laboratorio, inducidas a diferenciarse en diversos tipos celulares (donde las condiciones de cultivo sean idóneas).

En cuanto a la fuente de células estaminales, hasta ahora han sido identificadas:

- 1) La masa interna del embrión en el estadio de blastocisto (5 días con 150 /200 células).
- 2) Los tejidos embrionales (desde la 4ª semana) y los fetales (hígado, médula ósea y cerebro).
- 3) La sangre del cordón umbilical en el momento del parto.
- 4) Algunos tejidos adultos (por ejemplo: sangre periférica, médula ósea, tejidos endoteliales, cerebro, -S.N.C.- hígado, páncreas, músculo, etc.).

Todas estas células estaminales son "naturales", es decir, sólo extraídas y cultivadas *in vitro*.

Las células estaminales provenientes de tejidos adultos son más fáciles y seguras de manipular e injertar, ya que no tienden a diferenciarse espontáneamente e incontroladamente como las embrionales, que podrían también desarrollar *in vivo* teratomas, es decir, focos tumorales constituidos por células heterogéneas.

No falta quien auspicia el uso de los embriones congelados (remanentes del FIVET) como otra perspectiva para la toma de células estaminales, o incluso quien piensa producir embriones huma-

nos adrede con este fin.

¿Qué otras hipótesis alternativas se han planteado para la toma de células estaminales? Recientemente se han propuesto hipótesis de diferentes técnicas para obtener células estaminales sin destruir el embrión:

- Separación de blastómeros.
- ANT / OAR. (*Anter Nuclear Transfer / Occyte Assisted Reprogramming*).
- Proceso de parthenogenesis.
- Reprogramación nuclear (la más interesante).

Problemas éticos

¿Es moralmente lícito producir y/o utilizar embriones humanos vivos para la preparación de células estaminales embrionarias? No, porque:

- El embrión es un individuo humano y tiene derecho a la vida.
- Toda intervención que no sea terapéutica para él mismo viola su integridad.
- La ablación de la masa celular interna del blastocisto implica inevitablemente la muerte del embrión.
- Ningún fin bueno puede justificar tal

intervención.

¿Es moralmente lícito realizar la llamada "clonación terapéutica", a través de la producción de embriones humanos y su sucesiva destrucción para la producción de células estaminales embrionales? No, porque:

- Se caería en el problema precedente.

¿Es moralmente lícito utilizar las células estaminales embrionales y las células diferenciadas obtenidas por otros investigadores o disponibles actualmente en el comercio? No, porque:

- Mas allá de compartir formalmente o no la intención moralmente negativa del agente principal, hay de todos modos una cooperación material próxima (ilícita) por parte del productor o proveedor.

La investigación y el uso de células estaminales "adultas", en cambio, no causan daño al sujeto del cual se toman.

"La posibilidad, ya constatada, de utilizar células estaminales adultas para lograr los mismos fines que se pretenden alcanzar con las células estaminales embrionales... indica a esta posibilidad como la vía más razonable y humana que se ha de seguir para un correcto y válido progreso en este nuevo campo que se abre a la investigación y a prometedoras

aplicaciones terapéuticas." (Pontificia Academia para la Vida -PAV-, *Declaración sobre producción y sobre el uso científico y terapéutico de las células estaminales embrionales humanas*. 2000).

Algunos años atrás se publicaron también películas que decían que hay que hacer un ejército de copias conforme que se puedan controlar y maniobrar todos los hombres iguales... Esto es fantacencia, no es la realidad. En la actualidad ningún científico en estos temas va a pensar una cosa así. La razón más lógica y más cortante, de alguna manera, es pensar en una clonación que tenga una finalidad reproductiva, es decir, que tenga como fin el nacimiento de un niño en situaciones en las cuales otras formas de sustitución de la procreación no fueran posibles. Hay quien aquí propone o piensa que esto podría ser una posibilidad de producción de un ser humano de manera diferente de nosotros.

La segunda finalidad fundamental es la terapéutica que ya hemos mencionado. ¿Cuáles son los problemas éticos? En el caso de la clonación con finalidad reproductiva, entonces, con el fin de hacer nacer un niño que se produce de esta manera, se tiene, ante todo, una sustitución total de la procreación humana. Estamos hablando de un proceso que se realiza totalmente en un laboratorio por manos de técnicos, se parte de una célula, de dos células de personas

diferentes que podrían no entrar nunca en ese proceso, tampoco conocer lo que pasa. Es suficiente el material biológico y la técnica necesaria. Por eso, como derivación, y a partir de la postura antropológica desde la que estamos hablando, hay una violación total del carácter relacional y de la complementariedad que son constitutivas de la sexualidad humana. Si el hombre es más que sus componentes biológicos, aquí tenemos un problema, porque no hay relación verdadera, no hay complementariedad, no hay nada. Hay en cambio, una lógica que se presenta como una lógica de producción. Y la lógica de producción, consiguientemente, pide una lógica del control del producto, porque no hay producción sin control del producto. Y cuando se produce, si el producto resultó malo, hay que quitarlo, porque de lo contrario se arruina todo el proceso. La mentalidad es exactamente ésta, se va a controlar qué resultó, y si ese ser humano nuevo es defectuoso se va a excluir, porque no interesa. Si voy a crear algo necesito de un producto que tenga determinadas características, y si no las tiene no me interesa. Es simplemente un error en el recorrido.

Hay también una imposición, una suerte de esclavitud biológica que se impone al nacido o al niño por nacer, porque se decide cuál es su patrimonio genético y, esta vez, no es una casualidad de la naturaleza, es una imposición pre-

cisa. En el laboratorio se va a elegir un patrimonio genético y se le impondrá a la nueva persona. De manera que lo que va a nacer, que en teoría podríamos imaginar que un día puede razonar, va a decir "yo existo sólo porque tengo este tipo de patrimonio genético"... "Me han querido porque tengo este tipo de patrimonio genético, porque si tenía otro no me querrían de la misma manera. Mi valor, mi dignidad, está en mi constitución genética". Sería una reducción del ser humano a su componente biológico y una ofensa muy grande a la dignidad del ser humano. Por eso se puede imaginar sólo imaginar gracias a Dios, hasta hoy, cuál sería el sufrimiento psicológico de una persona en esta condición. Habría un trastorno total de las relaciones fundamentales de la persona. Ya no hay filiación, no hay consanguinidad, no hay paternidad. ¿Quién es mi padre?, ¿quién es mi madre?, ¿quién es el vaso donde he sido concebido? No se asusten, es un ejemplo sólo de imaginación. Una combinación posible entre miles de combinaciones posibles. Al mismo tiempo, una mujer podría ser gemela de su madre, no tener padre biológico e hija de su abuelo; es posible en teoría. Se destruye todo el marco antropológico y relacional que normalmente construye y define a una persona.

¿Qué pasa con la clonación terapéutica? Aquí hay una ofensa a la dignidad de la persona clonada que, en ese caso, es

generada sólo para ser copia de otro porque necesitan sus tejidos para sustituir los dañados. Y existe también la necesidad para realizar una clonación, así dicha, terapéutica, de pasar por una clonación reproductiva, porque el procedimiento es exactamente el mismo, cambia sólo el fin último, que es más grave porque se trata no sólo de utilizar como medio a un ser humano y de producirlo de esta manera que no es digna del ser humano, sino incluso hay que destruirlo premeditadamente. Ya lo he programado, lo hago, lo utilizo y lo mato. Ésta es la dirección de la clonación, así dicha: terapéutica.

Magisterio de la Iglesia

Los pronunciamientos del Magisterio que han tratado hasta hoy el tema de la clonación son:

- Juan Pablo II.
 - *Evangelium vitae* (1995).n.63.
 - Discurso a los participantes en el XVIII Congreso de la Sociedad Internacional de Trasplantes (2000).
- Congregación para la Doctrina de la Fe (CDF).
 - *Donum vitae* (1987), I, 3-6.
- Pontificia Academia para la Vida (PAV) 2000.
 - *Declaración sobre la producción y sobre el uso científico y terapéutico de las células estaminales embrionales humanas.*

(Más informaciones en www.academiavita.org -sitio web oficial de la PAV-).



LA CLONACIÓN

ELEMENTOS CIENTÍFICOS Y REFLEXIONES ÉTICAS

Mons. Dr. Maurizio Calipari

- Doctor en Teología Moral, con orientación en Bioética (Academia Alfonsiniana, Roma)
- *Master* en Bioética (Pontificio Instituto Juan Pablo II e Instituto de Bioética de la Universidad Católica del *Sacro Cuore*, Roma)
- Oficial de Estudio de la Pontificia Academia para la Vida (Vaticano)
- Profesor Visitante de la Universidad Católica de Trujillo (Perú)
- Distinción honorífica del Ministerio de Salud de Lima (Perú)
- Colaborador del Centro de Bioética de la Universidad Católica del *Sacro Cuore* (Roma)
- Miembro del Comité Ético de los Hospitales Reunidos (Reggio Calabria, Italia) y miembro del Comité Ético del Hospital "*Cristo Re*" (Roma)

Palabras clave

- Clonación
- Métodos
- Problemas éticos

RESUMEN

Se define a la clonación y se describen las técnicas utilizadas científicamente hasta el momento para su realización. Se destaca la no aceptación mundial de la clonación reproductiva y se manifiesta la llamada clonación terapéutica como contraria a la dignidad de la persona y motivo de muerte de embriones y fetos.

¿Qué es la clonación? El término "clonación" (con referencia al individuo) significa "reproducción de individuos biológicamente iguales al individuo adulto que aporta el patrimonio genético nuclear". Deriva del griego "*klon*", que significa brotes. Se trata de una reproducción asexual y agámica.

Las técnicas utilizadas hasta ahora para obtenerla son dos:

1) *Embryo-Splitting* (Escisión gemelar).

2) *Nuclear-Transfer* (Transferencia de núcleos).

Los resultados obtenidos hasta el momento actual son:

- Gran variabilidad cualitativa y cuantitativa de los resultados obtenidos.
- Aplicando la misma (o similar) técnica a diferentes especies de animales, también obra del mismo equipo de investigadores.
- Con la técnica *Nuclear-Transfer (NT)* no ha sido posible obtener el nacimiento de ratas, perros, monos.
- Bajísima eficiencia del procedimiento en mamíferos hasta ahora clonados (ovejas, vacas, ratón, cabra, conejo, gato).
- > 1% de los embriones derivados de *NT* y el 4% de los embriones transferidos al útero completan el propio desarrollo prenatal y sobreviven al parto.
- Alta tasa de abortos después de la transferencia al útero y la implantación; consistente mortalidad perinatal y neonatal (patología placentaria, insuficiencia vascular, acumulación excesiva de líquidos).
- Entre los nacidos se encuentra un elevado porcentaje de anomalías congénitas. (Elevado peso, patologías pulmonares, anomalías cardiovasculares, anomalías urinarias, deficiencia del sistema inmunitario e infecciones, enfermedades de las articulaciones).
- Problemas de naturaleza técnica.
- Problemas de expresión de algún gen.

- Problemas en la reprogramación epigenética del núcleo.

Se obtienen individuos cuya estructura genética resulta casi idéntica (posibles mutaciones genéticas e influencia de factores epigenéticos); en el caso de Transferencia Nuclear la semejanza es con el donante del ADN.

En el caso de clonación de la especie humana:

- Habrá una estructura corpórea muy similar.
- Pero no habrá personas idénticas (ni ontológica ni psicológicamente), como en el caso de gemelos monocigóticos.

Propuestas de clonación consideradas realistas y "razonables"

- Clonación con finalidad "reproductiva": dar solución a una procreación que de otro modo sería imposible (patologías, viudez, etc.).
- Clonación con finalidad "terapéutica": conseguir nuevas oportunidades de curación mediante el empleo de células estaminales -medicina reparativa- (estructuras biológicas como repuestos).

Problemas éticos

En el caso de la clonación con finali-

dad "reproductiva":

- Existe una sustitución total de la procreación humana. Violación del carácter relacional y de la complementariedad de la sexualidad humana.
- Lógica de "producción" y por consiguiente "control de calidad" del producto.
- Imposición de una "esclavitud" biológica desde la cual es imposible liberarse.
- Se puede imaginar el radical "sufriamiento psicológico" de quien sabe que debe su existencia a las buenas cualidades de otro.
- Trastornos de las relaciones fundamentales de la persona (filiación, consanguinidad, paternidad, parentela). Una mujer podría ser al mismo tiempo gemela de su madre, no tener padre biológico y ser hija de su abuelo...

En el caso de la clonación con finalidad "terapéutica":

- Ofensa a la dignidad de la persona clonada. Es generada para ser "copia" de otro; no para sí misma sino como medio para alcanzar otro fin.
- Es necesario pasar por la clonación reproductiva, con los problemas ya

expuestos y, más allá, programando la destrucción del ser humano que inicia su existencia, a fin de tomar y utilizar sus células estaminales. La experimentación con embriones y fetos humanos equivaldría a tratarlos como ratones de laboratorio, y su supresión al asesinato de una vida humana inocente e indefensa.

Magisterio de la Iglesia

Los pronunciamientos del Magisterio que han tratado hasta hoy el tema de la clonación son:

- Juan Pablo II, 2000 - Discurso a los participantes en el XVIII Congreso de la Sociedad Internacional de Trasplantes.
 - "De todos modos, se deberán evitar siempre los métodos que no respeten
- Congregación para la Doctrina de la Fe (CDF) 1987 - *Donum Vitae* n. 6.
 - "Incluso los intentos o las hipótesis dirigidas a obtener un ser humano sin conexión alguna con la sexualidad, mediante 'fisión gemelar', clonación, partenogénesis, se deben considerar contrarias a la moral."
- Pontificia Academia para la Vida (PAV) 1997 - *Reflexiones sobre la clonación.*
 - la dignidad y el valor de la persona. Pienso, en particular, en los intentos de clonación humana con el fin de obtener órganos para trasplantes: esos procedimientos, al implicar la manipulación y destrucción de embriones humanos, no son moralmente aceptables, ni siquiera cuando su finalidad sea buena en sí misma."

LA MEDICINA, LA VIDA Y LA MUERTE: UNA MIRADA ANTROPOLÓGICA

Dr. Francisco Maglio

- Doctor en Medicina
- Infectólogo
- Médico terapeuta

Palabras clave

- Muerte mayéutica y tanática
- Trascendencia

RESUMEN

La muerte presupone una angustia, que el autor clasifica en mayéutica y tanática, que se diferencian en cuanto que una origina la búsqueda del sentido y la otra no. Maglio sostiene que el sentido de la muerte es la trascendencia. Si bien la postmodernidad niega la trascendencia, ésta se liga a la muerte ya desde tiempos remotos, y puede observarse en la cultura precolombina que enterraba a sus muertos en posición fetal.

Gabriel Albiac, filósofo contemporáneo, escribió un libro llamado *La muerte*. En uno de los párrafos, que va a ser el eje de la charla, dice: "La muerte nos sume en un clima exasperante y angustioso, coincidente con la falta de sentido que el mundo y el hombre poseen para el postmodernismo". Aquí, pues, está el trípode de idolatría: la angustia, el sentido y el postmodernismo.

Hablar de la muerte, causa angustia. El que dice que hablar de la muerte no lo angustia, tiene tanta angustia, que no se da cuenta. En este sentido, la frase "Padre mío, ¿por qué me has abandonado?", una de las últimas palabras de Cristo (que dieron origen a una de las más hermosas sinfonías del Barroco alemán), responden a una reflexión filosófica más que a una reflexión teológica. Nos hace pensar que si Jesús se angustia en su dimensión humana frente a la

muerte, quiénes somos nosotros, pobres mortales, para no angustiarnos. En principio, la muerte angustia.

Ahora, como los médicos somos amigos de los algoritmos, voy a hacer uno respecto de la angustia y de la muerte. Hay que clasificar dos tipos de angustia. En primer lugar, la que llamo tanática, que es el tánatos, la angustia por la muerte en sí misma, porque cuando queremos explicarla, no podemos, ya que la muerte no tiene explicación. Nadie puede explicar por qué morimos porque nadie puede explicar por qué nacemos. Un párrafo del Talmud dice: "en el instante justo en que naciste, ya viviste lo suficiente para morir".

Hay otra angustia, la mayéutica, es decir de parir, que nos puede hacer parir energía vital para seguir viviendo. Alude a que en vez de buscar la explicación, buscamos el sentido. Acá el porqué no tiene explicación. Acá el sentido es el para qué morimos. ¿Y para qué morimos?, para trascender.

El *homo sapiens* comienza en el Paleolítico medio, hace aproximadamente ciento cincuenta mil años, con el *homo sapiens* arcaico. Todas las escuelas antropológicas concuerdan en que en ese momento apareció el hombre moderno, no tanto por sus aspectos biológicos o por sus características de manualidades, sino porque ese *homo sapiens* hizo una

cosa que nadie hizo antes y nadie hace fuera de la especie humana: enterró a sus muertos. Ahí comienza la especie humana. Los primeros signos inequívocos de una humanidad en el mundo son las tumbas. Ese *homo sapiens* es tal porque tiene conciencia objetiva de su propia finitud. Es una conquista constitutiva de la especie humana. No se da en ningún otro caso. Heidegger decía que ahí comienza la autoconciencia de la muerte. Por su parte, Montaigne sostenía que no morimos porque nos enfermamos, morimos porque vivimos. Susan Sontag, en tanto, mantenía que con “tener siempre presente la perspectiva de la muerte, además de ser una estocada a fondo en el centro de nuestra omnipotencia, viviríamos mejor; cada día sería un tesoro único y efímero, un tiempo que hay que aprovechar, ahora o nunca. No malgastaremos nuestros días, sabiendo que mañana puede ser tarde, hoy mismo pediríamos perdón a quien hayamos ofendido”. Esa es la energía que proporciona la angustia mayéutica.

El propio Freud decía que “si quieres prepararte para vivir, prepárate para morir”. Pero aquí todavía no aparece la trascendencia, surge la autoconciencia de muerte, con el entierro de sus muertos. ¿Cuándo aparece la trascendencia? Con la forma como los entierran. Si se quiere estudiar la cultura del Paleolítico, hay que buscar las culturas precolombinas que nunca hayan estado en contacto con el

europeo (porque en el Neolítico el hombre atraviesa de Asia a América, por lo que ahora es el estrecho de Bering y antes era el istmo de Bering. Además, probablemente, algunos hayan venido desde la Polinesia en barco). Entonces, la cultura Diaguita, que es una de las culturas que no ha tenido contacto con el europeo, enterraba a sus muertos en posición fetal, lo que marca un claro rito de pasaje. Porque este *homo sapiens*, ante la angustia de un parto que no se producía, había abierto vientres de animales hembras muertas y vio que veníamos a la vida en esta posición. En un claro rito de pasaje, entierra a sus muertos en la misma posición que nacieron, para nacer otra vez. El sentido radica en que después de la muerte, nacemos. Hay un continuo, un proceso: vida-muerte, muerte-vida. Una trascendencia, y no me refiero solamente a la religiosa, sino a la trascendencia secular, porque sino sería un acto de soberbia de los creyentes con respecto a los ateos, de que éstos no pueden tener trascendencia. Sábato, dentro de su agnosticismo, decía: “qué sería de nuestras vidas, de nuestras pasiones, de nuestras luchas, si la vida no fuera trascendente”, y acota, “pensar que después de la muerte no hay nada, es de ateos presuntuosos”, porque de alguna manera es un acto de soberbia pensar que con la muerte se termina todo. Cuando Borges hablaba de su muerte decía: “me moriré el día en que se muera el último que me recuerde”. Esa es la trascendencia.

Y esa trascendencia es un principio organizador de mi vida. Va a ser muy distinto cómo organice mi vida sabiendo que voy a trascender o sabiendo que con mi muerte se termina todo. Cuando le preguntan a Voltaire, qué es el hombre después de muerto, contestó "es lo que era antes de nacer." Sabater define la muerte de esta manera: "muere el individuo, pero no muere el sentido que quiso darle a su vida, ése queda para nosotros y para la humanidad."

Khalil Gibrán sostenía que "la vida y la muerte son uno, como el río y el mar". El río no muere en el mar sino que vive en el mar. Y el propio Nietzsche, el que quiso matar a Dios, decía "donde hay tumbas, hay resurrección."

Esa trascendencia es un principio organizador de la vida. Aparece en el rostro del moribundo. Kübler Ross, autora de *Sobre la muerte y los moribundos*, es una doctora que (falleció en 2004) asistió a miles de pacientes moribundos; tenía una unidad de cuidados paliativos en Chicago, Estados Unidos. Ella escribió los siete estadios de un paciente cuando se le da la noticia de la muerte, entre ellos, el *shock*, la negación, la negociación, el pacto, hasta el momento de la agonía. Ella lo llamó *decatexis*, en homenaje a los griegos (Aristóteles fue uno de ellos) que escribieron diez.

Kübler Ross escribió que "cuando un

paciente está bien acompañado en todos esos estadios, en ese instante todo se invierte: los que rodean la cama del muriente no saben nada y él sabe todo. Una expresión nueva y desconocida aparece en su rostro. Los que tienen el amor y el coraje necesario para sentarse al lado, en un silencio que supera todas las palabras, saben que ese instante no es terrorífico ni doloroso. La muerte tiene lugar en la calma, probable paso hacia un mundo y un modo de existencia que el muriente ya ha entrevisto. Yo les puedo decir que con cuarenta años de terapia intensiva, viendo morir gente, la expresión del paciente cambia".

El hombre del Paleolítico y Mesolítico, caminando llega al Neolítico. En ese momento deja de ser cazador-recolector y funda ciudades. ¿Cuál fue la bisagra para que este hombre del Neolítico dejara de ser cazador recolector? Tenía en su mano algo que desconocía: una semilla. Por esos azares del destino, enterró eso que no sabía lo que era. Azoradamente, vio que de lo que había enterrado, nacía una planta que le daba vida. Entonces deja de ser cazador- recolector, asienta ciudades, ya no es más nómada y esa planta -vida que surge de la cual algo había muerto- le puede ayudar a vivir a él, su familia y su tribu. Ésa es la primera gran revolución: la revolución agrícola. Como si estuviera reverberando con diez mil años de anticipación, aquellos versos de Hernández: "porque después de todo

he comprendido que lo que el árbol tiene de florido, vive de lo que tiene sepultado”.

Esa trascendencia tramó todas las culturas. Es una trascendencia secular. ¿Qué venera el pueblo con la difunta Correa? El milagro de que de ese pecho muerto surja leche de vida con la cual el bebé pueda seguir viviendo. Entonces, el pueblo venera el milagro de la muerte que da vida.

Discépolo, que se definía ateo, dice en el tango *Tormenta*, “aullando entre relámpagos, perdido entre la tormenta de mi noche interminable, busco tu nombre oh Dios, porque necesito luz para vivir...”.

Cuando alguien muere de pronto y sin darse cuenta, se dice que es una *linda muerte*. No obstante, en la cultura Upamarca, que aún está en el norte de Tucumán, heredera de la cultura incaica, la llaman *muerte chica*, porque, en estos casos, la persona no tuvo tiempo para despedirse, no tuvo tiempo de vivir su muerte.

A su vez, en la lengua mapuche usan una atinada expresión con respecto a la muerte, porque no dicen “está muerto”, sino “es muriendo”. Dentro de la comunidad mapuche existe el rito del pasaje llamado “huaco tubum” que ocurre cuando la comunidad decide que uno ya no es un niño sino un mapuche. Para eso, el niño tiene que ir al bosque y abrazar un árbol, y todos los días abrazar al mismo árbol y

hablarle. Así, cuando el mapuche muere, con la madera de ese árbol le hacen el féretro, para que después de muerto, pueda seguir conversando con un amigo. Esa es la riqueza de la trascendencia. En la actualidad, el gran problema de los adolescentes es la falta de un rito de pasaje. No se sabe cuándo dejaron de ser niños, siguen siendo niños porque no tienen rito de trascendencia. Antes estaba el rito del pasaje a los pantalones largos, la llave de casa, el primer cigarrillo, el padre que hablaba de la vida.

En México, el día del “muertito” se acostumbra a ir al cementerio y, como las lápidas son horizontales, se utilizan como un altar para comer y beber las comidas que más le gustaban al muerto, pero con una gran alegría. Dicen que están contentos porque el muerto está en una nueva vida y hay que festejar toda nueva vida.

Por su parte, los sirios usan el azul para vestirse de luto, porque es el color del cielo. Los chinos, en cambio, se visten de blanco porque es el color de la esperanza.

Víctor Frankl, creador de la logoterapia, la tercera escuela psicológica de Viena, asistía mucho a los enfermos terminales. Ante un caso de una enferma oncológica terminal que lloraba desconsoladamente al ver a todos los familiares y amigos que dejaba en este mundo, Frankl le dijo: “Señora, ¿por qué llora? El problema no es a cuántos deja sino en

quiénes se queda. Sus lazos de amor hacen que usted no se vaya realmente sino que siga viviendo en ellos". Luego de un momento de reflexión, la señora esbozó una sonrisa y le pidió que hiciera pasar a todos.

En este sentido, ya muchos siglos antes, cuando Aristóteles hablaba de la vida de los muertos, decía que viven en la memoria de los vivos.

En el alfabeto griego, como ideograma, la última letra es omega, donde mueren las palabras y muere el abecedario. En vez de representarlo como una pared, está representada como una puerta, donde mueren las palabras, hay una puerta. Dependerá de nosotros dejarla abierta o cerrada.

¿Saben por qué hoy estamos vivos? Porque ayer, por un mecanismo inmunológico llamado apoptosis, muerte programada, se nos murieron diez billones de células. Si no se hubieran muerto, ninguno de nosotros estaría vivo hoy.

En el postmodernismo, la trascendencia tuvo una definición dada por Beaudrillard "vivimos el pánico amor al indiferenciación". Ante el pánico, nadie hace nada, somos autistas sociales. En tanto, el concepto amor al, significa estar fuera de la moral. En la indiferenciación, desaparecen los límites, está todo bien. "Cuando internalizamos que

está todo bien, triunfó el mal". Tal como dice la expresión, "la gran astucia del diablo es convencernos de su inexistencia", porque si estamos convencidos de que nada está mal, vamos a seguir haciendo el mal doblemente, porque no nos damos cuenta de que está mal.

Esta cultura de la indiferenciación lleva a la ruptura de lazos sociales y a la eliminación de la solidaridad, en términos de valores, definiendo moralmente valor como todo aquello por lo cual la vida merece ser vivida y ofrendada. Si solamente merece ser vivida, es un hedonismo, pero si además merece ser ofrendada, es un valor moral de trascendencia. Esos valores primigenios del judeocristianismo, el amor al prójimo, la honestidad, la verdad, el respeto, se están casi licuando en el postmodernismo; es la "modernidad líquida". En término de antivalores, estamos gobernados por un triunvirato pagano, compuesto por Pluto, dios de la riqueza, Apolo, dios de la belleza física y Mercurio, dios de los ladrones. Son los antivalores que la sociedad nos quiere inculcar. En la publicidad, por ejemplo, los feos, los honestos y los pobres están eliminados del sistema.

Por otro lado, algo que nos aflige permanentemente es la mortalidad infantil evitable. En el mundo, un niño muere cada tres segundos; en la Argentina, uno cada cincuenta minutos. Ninguno de estos chicos tendría que morir. ¿Qué sería

suficiente para que no mueran?, el cuatro por ciento del presupuesto mundial en armas, o el cinco por ciento de la producción mundial de granos o el cinco por ciento de la riqueza de las doscientas cuarenta y cinco personas más ricas del mundo. Los chicos no mueren por una mala distribución de los recursos, sino por una distribución inmoral y pornográfica de los recursos. Pornográfica porque aumenta el recurso de oro comestible; lo que fue en principio una extravagancia de un cocinero, se convirtió en una real moda gastronómica. Es cada vez mayor la cantidad de restaurantes que ofrecen a su clientela de ricos y famosos platos adornados con láminas de oro, asegurándoles una absoluta digestibilidad. En Buenos Aires hay un restaurante que lo ofrece. Esto es pornográfico, en el sentido bíblico de *pornein* "escándalo". Frente al hecho de que haya chicos a los cuales se los comen los buitres porque mueren de hambre y haya gente que come oro, surge preguntarse, ¿quiénes son los buitres?

Decía George Orwell en *Rebelión en la granja*: los animales de afuera miraron del cerdo al hombre y del hombre al cerdo y nuevamente del cerdo al hombre, pero ya era imposible diferenciar quién era quién.

Gandhi decía que "hay suficiente riqueza en el mundo para satisfacer las necesidades de todos, pero no hay suficiente riqueza para satisfacer la avaricia

de algunos". Ese es el punto. Entonces, estamos en una sociedad *canibal* porque si las doscientas cuarenta y cinco personas más ricas del mundo tienen los mismos ingresos que otras tres mil millones y, en la Capital Federal, el treinta por ciento más rico concentra el ochenta por ciento de la riqueza, y el treinta por ciento más pobre, el cuatro por ciento de la riqueza, acá alguien se está comiendo a otro, "el hombre es el lobo del hombre". Decía uno de los hermanos Karamazoff, "Señor, defiéndenos de nosotros mismos".

En una sociedad con estos valores, la muerte es un obstáculo muy importante. Heidegger sostenía que la muerte es el momento más reflexivo de la vida. Resulta paradójico ya que es el único e intransferible momento en que, mensurando lo vivido, vamos a desentrañar el sentido de lo vivido. Hay que hablar de la muerte porque nos hace reflexionar sobre la vida. A esta sociedad, no le conviene hablar de la muerte, porque si reflexionamos sobre la vida, caemos en la cuenta de que este triunvirato se compone de ídolos de barro. Pero como la muerte no se puede negar, sería un ocultamiento esquizofrénico. Le negamos al nietito que tome la mano del abuelo moribundo y decimos que eso le va a hacer mal y para distraerlo le compramos un *video game* donde le enseñan a matar. Allí es donde radica el ocultamiento esquizofrénico, no en la muerte del abuelo, que es una muerte reflexiva,

humanizante, sino en la muerte de la máquina que es una muerte vengativa, deshumanizada y mecanicista.

Sin el rito, no se puede elaborar el duelo. Si se saca el ritual, no hay duelo, la muerte no existe. Mis padres y abuelos se murieron en casa; ahora nadie se muere en la casa. Borges decía que para que una casa sea un hogar, alguien tiene que haber nacido o alguien tiene que haberse muerto en esa casa. Para los chicos jóvenes, los velatorios son un invento de hace poco tiempo.

El mercado se ocupa de la muerte, y podemos decir como conclusión antropológica: lo que no existe en el marketing no existe en la sociedad. Si en el marketing no existe la trascendencia, en la sociedad no existe la trascendencia.

Asimismo, en la medicina hacemos un pacto de silencio, negamos la muerte. Porque venimos de una sociedad que la niega y además tenemos una deformación triunfalista que nos hace pensar que la muerte es un fracaso de la medicina. Cuando hemos hecho todo bien, la muerte no es un fracaso, es una contingencia.

Celso decía "la mayor virtud del médico es la modestia". ¿Qué era para Celso la modestia en medicina? Reconocer cuándo la naturaleza dice basta y respetar ese 'basta'. Pero no, la negamos. La negamos

en el texto y el contexto. En lo referente al contexto, en mi experiencia de cuarenta años de trabajo en terapia intensiva cabe mencionar que recurrentemente hacemos chistes respecto de la muerte con los colegas, enfermeros o psicólogos. No decimos "se va a morir", decimos "el arpa", "la guitarra", "está pidiendo pista", "cerrá la ventana que se va". Y nos olvidamos de que Freud decía 'detrás de cada chiste repetido hay un neurótico pidiendo auxilio'. Estamos tan neuróticos que no nos damos cuenta de nuestra neurosis, y por eso no pedimos auxilio.

También negamos la muerte en el texto. Cuando se muere alguien en terapia intensiva, ¿qué se dice? "Falleció". ¿Saben cómo escribimos los médicos? "Siendo las doce horas, presenta un paro cardio-respiratorio no respondiendo a las maniobras de resucitación cardio-pulmonar." En principio, la hermenéutica sostiene que cada palabra en sí misma es una respuesta más que una pregunta. Y Chomsky, creador de la gramática generativa, afirma: "Las palabras se articulan gramaticalmente pero se construyen ideológicamente". Si se encara un ejercicio de hermenéutica con esta frase que escribí durante cuarenta años y nunca reflexioné vamos a encontrar un mecanismo de negación con un mecanismo de omnipotencia. Al decir "no respondiendo", se le echa la culpa al muerto. Ahora, si responde, ¿a qué responde? ¡A las maniobras de resucitación cardiopulmonar!

Hay más omnipotencia que resucitación, porque resucitar es bajar el cuerpo, pero, ¿se puede bajar el alma?, ¡hay que ser omnipotente para bajar un alma! Esto no se trata de una cuestión corporativa - acá hay colegas que creo que me van a dar la razón-. Los médicos no somos totalmente culpables. En la Facultad de Medicina, al menos en la Universidad de Buenos Aires, nos enseñan como si fuéramos *dioses*; nos hacen creer que somos dioses; actuamos como dioses. Y la gran diferencia entre Dios y los médicos, es que Dios sabe que no es médico.

Dentro de los mecanismos de negación hay una forma maníaca y hasta perversa de negación: *el encarnizamiento terapéutico*. Cuando ya no se puede seguir adelante ningún tratamiento con el paciente -ahora en terapia, más que de terminalidad hablamos de futilidad-, todo lo que hacemos y vayamos a hacer es inútil. Esto no implica la eutanasia, no es matar ni dejar morir, sino que es permitir morir. Como Rilke que, en un momento atroz los médicos estaban permanentemente a su lado, y de un momento a otro, los echa: "¡Váyanse, quiero morir mi propia muerte, no la muerte de los médicos!". Por eso se debe evitar todo tratamiento fútil y darle confort al paciente. Darle suficiente sedo-analgésia para que no sufra, porque no hay dignidad en el sufrimiento. Y si al dar mucha sedo-analgésia en una muerte ineluctable y próxima se acorta un poco

la vida con tal de que el paciente no sufra, tampoco se incurre en eutanasia. A ello refiere el principio de doble efecto. No hacerlo es inmoral, ya lo dijo Pío XII en un Congreso de Anestesiólogos en 1958: si ustedes, llegado un paciente terminal, lo dejan sufrir por no darle sedo-analgésia y apresurar una muerte, por otra parte ineluctable y próxima, son unos inmorales.

Fijense a lo que lleva el encarnizamiento terapéutico. Nancy Cruzan nació en Estados Unidos el 20 de julio de 1957. El 11 de enero de 1983 entró en estado vegetativo, no persistente, sino *permanente*. Ya no había *absolutamente* nada por hacer. Los padres querían que la desconectaran; los médicos no. Su causa va de un juez a otro; de una corte a otra y llega hasta la Suprema Corte, que le da la razón a los padres y solicita a los médicos que la desconecten. Y en la lápida dice: "Murió el 11 de enero de 1983. Enterrada en paz el 26 de diciembre de 1990". Fueron siete años de agonía. Como sabrán, el paciente en estado vegetativo permanente no tiene sensaciones de frío, de calor, de nada, porque no tiene corteza. Pero se condenó a siete años de agonía a los padres. No tenemos derecho a hacer eso.

En terapia intensiva siempre evaluamos las terapias en términos cuantitativos: sobrevivientes o muertos. Creo que tenemos que evaluar *cualitativamente*, es decir, reparar en la calidad de vida de

los pacientes dados de alta. En segundo lugar, debemos considerar la calidad de muerte. Esto conlleva al concepto de muerte digna, que, a mi entender, debe tener algunos elementos fundamentales. Primero, que sea sin dolor – como dijimos, no hay dignidad en el dolor. Segundo, que brinde tiempo y espacio para recibir y transmitir afectos. Y tercero, si el paciente lo pide, que sea con lucidez. No tenemos ningún derecho a negarle el *único momento de su vida* en que va a saber quién es ontológicamente. Es el momento de las grandes decisiones, sobre todo decisiones afectivas.

Siguiendo la terminología socrática, para esto ya no tenemos *tecné*, pero tenemos *medeos*. Al referirse al médico, Sócrates decía que debía tener dos condiciones. Una es su aptitud, referida a sus conocimientos y habilidades para curar enfermedades. A eso lo llamó *tecné iatriké*: técnica de curar. Pero con esto sólo no es médico, necesita además la *actitud de persona que cuida* a otra persona. A eso lo llamó *medeos*, que en griego significa persona que cuida a otra persona y además la cura. A su vez, se destaca también la raíz latina *medicus*, con esa pomposidad de los latinos, *vir bonus medeni peritus*: médico, buena persona perita en el arte de curar. Las dos etimologías privilegian el hecho de ser persona.

Por tanto, la muerte no se puede curar pero se puede sanar. Sanar la

muerte es darle dignidad. Tenemos efectos sanadores, mas allá de lo que demostró la psico-inmunología. Son los efectos sanadores de las palabras. ¿Qué palabras? Dependerá de la relación con el paciente; pero siempre de esperanza, porque nunca la noche es más cerrada, nunca el cielo es más negro que en el momento justo en que va a empezar a amanecer, por eso las palabras de esperanza. Saint-Exupéry dijo que las palabras de esperanza son abrasadoras. O sino, yendo al tango, que es toda una filosofía: “tu palabra fue como un manto, un manto grato de amistad”. A veces las palabras han perdido su sentido, entonces tienen valor aquellos versos de Carriego: “las manos vencedoras del silencio”.

Asimismo, cabe mencionar el efecto sanador de nuestra propia presencia como persona. Los latinos, en su inteligencia para definir las cosas, tenían el nombre que siempre era doble, por un lado era físico, y por otro lado era simbólico. Y en latín persona viene de *personare*, porque ya habían intuido, adelantándose dos mil años a la psico-inmunología, que nuestra piel no es el límite físico, que trascendemos mas allá de nuestra piel, que sentimos mas allá de nuestra piel. Entonces, el efecto sanador de nuestra propia presencia como persona es vibrar el *personare*, vibrar en la misma sintonía corporal del otro.

Si con estos efectos sanadores de

nuestras palabras, nuestras manos, nuestra propia presencia como persona ayu-

damos así al buen morir, *nos* ayudamos al buen vivir.

LA MUERTE DIGNA Y SU SIGNIFICACIÓN

P. Lic. Alberto G. Bochaty, O.S.A.

- Director del Instituto de Bioética (Facultad de Ciencias Médicas, Pontificia Universidad Católica Argentina)
- Vicepresidente del Instituto para el Matrimonio y la Familia, Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA)
- Profesor de Ética Biomédica en el Magíster en Ética Biomédica (Instituto de Bioética, Facultad de Ciencias Médicas, UCA)
- Profesor de Bioética en grado y posgrado (Facultad de Teología, Universidad del Salvador, Colegio Máximo, Buenos Aires, Argentina)
- Miembro de la Pontificia Academia para la Vida
- Miembro de la Academia Argentina de Ética en Medicina
- Miembro de la Comisión Nacional de Bioética
- Miembro de la Comisión Provincial de Bioética, provincia de Buenos Aires, Argentina

Palabras clave

- Diagnóstico de muerte
- Vida
- Eutanasia
- Estado vegetativo

RESUMEN

El artículo plantea la cuestión de quién es el encargado de diagnosticar la muerte. A partir de ese cuestionamiento abre la explicación acerca de la definición de la muerte según las diferentes ciencias y comenta cómo, a partir de descubrimientos científicos, se fue haciendo más complejo su diagnóstico.

Por otro lado, aborda la Ley de Trasplantes dando a conocer los criterios que establece para diagnosticar la muerte. Incluye en su análisis a la eutanasia y su definición, dando consideraciones al respecto. Finalmente, explica el significado del estado vegetativo, enumerando una serie de acciones positivas que pueden realizarse en estos casos.

Al hablar de muerte, cabe preguntarse acerca de quién es el responsable de determinarla y cuáles son las consideraciones que se han de tener en cuenta. ¿Quién puede determinar la muerte?, ¿el médico, el juez, el filósofo, el sacerdote?

Parecería que la muerte es diagnosticada exclusivamente por los médicos, y esto es absolutamente necesario para que se certifique la muerte. Sin embargo, eso es diagnosticar o constatar la muerte, pero no definirla.

Desde el punto de vista de la Teología, la muerte es definida cuando “el princi-

pio espiritual que constituye la unidad de la persona, no puede ya ejercer sus funciones sobre el organismo y en el organismo, disociándose sus elementos por ellos mismos”. Esta definición, de hace ya unos años, fue la que ensayó Juan Pablo II en su discurso para la Pontificia Academia de las Ciencias donde se hablaba de trasplante de órganos.

Un médico, un abogado o un psicólogo se escandalizarían con esta definición, porque se refiere a un “principio espiritual”, pero hay que recordar que la Bioética es transdisciplinaria y que de hacer caso omiso de la Filosofía o de la Teología, parte de la ciencia estaría excluida *a priori*. Hay un principio vital, espiritual, esa unidad que constituye que el ser humano esté vivo. Ser un ser vivo lo constituye justamente esta unidad. Por alguna causa, que no definimos porque nos interesa el hecho ontológico de la muerte, ese principio ya no puede ejercer sus funciones. Es un principio activo, no una espiritualidad etérea, externa. Hay algo, el orden o la ley natural, que organiza el organismo de tal manera que hace que pueda funcionar, y que lo haga con funciones biológicas, que es la forma en que funciona el organismo humano. Este principio lo que hace es ordenarlo o alentarlo, darle una fuerza especial, y cuando no logra ejercer esa función, por la causa que fuere, se produce la disociación de sus órganos. Esto hace pensar en esa palabra tan común hoy día en la

medicina: "descompensado". El médico lo primero que hace es compensar al paciente, porque si el organismo se descompensa o disocia, se muere, porque no logra armonizarse dentro de los parámetros lógicos de la vida y al fracturarse esta unidad se produce la muerte. Entonces la muerte se define como una fractura, como una división de elementos. Todo lo que sea dividir o fracturar es sinónimo de muerte. Todo lo que signifique unificar, darle el sentido, el orden natural que debe tener, es sentido de vida. En la medida que integremos todos estos elementos, estaremos más vivos.

Por otra parte, milenariamente, ¿cómo se hizo el diagnóstico de muerte? Con criterios cardio-respiratorios. ¿Y quién diagnosticaba la muerte? El médico. Pero cuando la muerte se producía en el campo o en un lugar aislado donde no estaba el médico, quien diagnosticaba la muerte era el curandero, etc.

Sin embargo, al final del siglo pasado, por los años setenta, comienza otro tipo de muerte: se puede comenzar a diagnosticar la muerte con criterios neurológicos. Gracias a la asistencia mecánica, al avance de la terapia intensiva, y otros avances médicos y técnicos, se puede diagnosticar la muerte de una manera diferente: la llamada muerte cerebral, encefálica, cortical, etc. Al principio se la llamaba muerte cerebral, ya que implica la muerte del cerebro todo, incluido el

tronco, o muerte encefálica o cortical. Hoy, la tendencia es hablar de muerte encefálica, pero creo que en Bioética hay que hablar de muerte diagnosticada por criterios neurológicos, para no equivocarnos, y que después los médicos o neurólogos nos indiquen cada vez mejor, a medida que vayan refinando los protocolos para diagnóstico de muerte cerebral o encefálica sobre todo, cuál es el nombre más preciso. Pero lo que interesa ahora es constatar el hecho de que hoy el tema de la muerte también viene dado por este tipo de diagnóstico, que es muy complejo y no lo puede hacer un médico solo, como lo hacía el médico del pueblo de antaño y del que nadie dudaba. Es muy importante este tema de saber diagnosticar bien la muerte y de no asustarse de lo que la nueva tecnología pueda proponer en cuanto a nuevos criterios de diagnóstico de muerte, y de que incluso dentro de la medicina haya a veces un poco de rechazo, porque esta nueva realidad ha producido que muchos médicos no puedan ejercer una función que les pertenecía por definición: diagnosticar la muerte. Un médico solo, no especialista, no puede diagnosticar la muerte encefálica, va a necesitar de un equipo, de un proceso de los especialistas muy preparados en la materia.

En la concepción está el inicio de vida, que va a atravesar toda una etapa intrauterina y, cuando se produce el nacimiento, se desarrolla toda una vida

que va a durar hasta el momento de la muerte. Después comienza un proceso al revés, de descomposición, etc.

Puede haber un espacio de tiempo en el que se tengan dudas racionales y fundadas sobre si está viva o muerta una persona. Por el tema de la asistencia mecánica, porque el equipo médico no está bien preparado en diagnóstico encefálico o por alguna otra duda, es posible admitir que en ciertas circunstancias el médico pueda tener ciertas dudas racionales. Pero no es científico en el campo de la vida y de la muerte decir "no se sabe si está vivo o muerto". Si ése es el caso, se va a tener que actuar considerando que esta persona respecto de la que se tienen dudas de si está viva o muerta, está viva, incluso cuando exista la duda. Y en ese espacio se puede seguir dando alguna asistencia, porque existe la duda. Terminar de hacer los estudios para confirmar el diagnóstico de muerte por criterios neurológicos, por ejemplo. Entonces, lo peor que puede pasar es que se haya dado una asistencia a un cadáver, en un tiempo limitado y porque hay una duda razonable. Cuando termina el proceso de la duda, por más que ya la muerte había comenzado, automáticamente se "le desenchufa el respirador", como se dice vulgarmente. Si está bien diagnosticada la muerte, no se le está sacando algo que el vivo necesita. Suspender la asistencia que se le daba a un vivo en un cadáver, no sólo no está mal, sino que lo que está mal es seguir propor-

cionándosela. Pero si se le quita el respirador mientras está con vida, se puede incurrir en matarlo, si es que éste era realmente un sustento vital que, por habérselo retirado desencadena la muerte, por más que ya estuviera muy cerca de ella.

Es muy importante distinguir cuando se dice que hay muerte clínica pero no hay muerte cardiológica, o que hay muerte cerebral pero no muerte cardiológica. ¿Cuántos tipos de muerte hay desde el punto de vista del ser humano?: uno. Una vida y una muerte. Que por ideología, por perspectiva antropológica, por técnica médica, por desarrollo científico o por las causas que fueren, se empiecen a estipular uno, dos o tres tipos de muertes según los autores, es una cuestión teórica. Ontológicamente hay un momento, una realidad mortal. El problema de que hoy exista la posibilidad técnica de mantener órganos vivos en un organismo muerto, no significa que el sujeto no esté muerto. Por eso, la muerte y su dignidad no varían en absoluto, es más, debe ser más cuidada esta muerte y la persona que aborda esta muerte porque se puede "trabajar" con ella, con sus órganos, con su realidad, de una forma en que antes no era posible. Pero no hay que confundir eso con el hecho antropológico y ontológico de la muerte.

LEY DE TRASPLANTES

La Ley de Trasplantes fue modificada

en el 2005, pero esencialmente no cambió en la parte del diagnóstico de muerte para poder realizar los trasplantes. La ley argentina dice que el fallecimiento de una persona se considera cuando se verifiquen de modo acumulativo los siguientes signos, que deberán persistir ininterrumpidamente seis horas después de su constatación conjunta: ausencia irreversible de respuesta cerebral con pérdida absoluta de conciencia; ausencia de respiración espontánea; ausencia de reflejo encefálico y constatación de pupilas fijas no reactivas... Cabe aclarar que la muerte encefálica se puede diagnosticar cuando hay un electroencefalograma plano. Sin embargo, el EEG plano es un elemento más para poder completar el diagnóstico de muerte por criterios neurológicos, pero no el único.

La Ley también incluye inactividad encefálica corroborada por los medios técnicos e instrumentales adecuados a las diversas situaciones clínicas, cuya nómina será actualizada periódicamente por el INCUCAI. Porque este electro tiene que estar hecho por mecánica de última generación.

La ley quiere decir, entonces, que con distancia de seis horas se van a tener que hacer dos *sets* de pruebas muy complejas. Si aquellos dan de la misma circunstancia y con el mismo resultado (fallecimiento), no muestran ninguna alteración durante las horas que distancian uno del

otro, se puede diagnosticar y firmar el certificado de defunción. Cuando se termina el segundo *set* de pruebas, se corrobora que en el primero el paciente ya estaba muerto, por ello la hora de muerte se adjudica al primero.

La Ley sólo menciona a los adultos y no refiere a los niños. Hay dos criterios distintos de períodos de observación en niños.

Otro aspecto de la muerte que preocupa es el tema de la eutanasia. Eutanasia es una acción u omisión que por su naturaleza o en la intención causa la muerte con el fin de eliminar cualquier dolor. La eutanasia se sitúa, pues, en el nivel de las intenciones o métodos utilizados, es la definición que da la Declaración sobre Eutanasia de la Congregación para la Doctrina de la Fe. Entre todas las definiciones de eutanasia, ésta es la más concreta, la más fácil de entender y la más específica. Se habla mucho de eutanasia activa o pasiva, directa o indirecta, y otros tipos de eutanasia. Lo que interesa es que por lo que se hace o no se hace y por la intención que se le ponga a aquéllo, se va a eliminar una vida y a producir una muerte. Acción u omisión que por su naturaleza o por la intención con que se haga, causan la muerte con el fin de eliminar un dolor o sufrimiento. Se pueden tener como finalidades querer que la persona "no sufra más" o "respetar su pedido"; por lo

tanto, se actúa en consecuencia “porque la vida es de él”, “es su propiedad privada”. Pero esto no es así, porque la vida es un don, es lo más digno que tenemos, la vida soy yo viviente, que voy a tener que enfrentar la muerte, aunque lo neguemos, aunque nuestro mundo esconda los cementerios, y se trate de disimular dentro de una cultura postmoderna hedonista donde no hay sufrimiento. El sufrimiento es parte real de la vida, por eso Cristo sufrió la pasión y la muerte y le dio toda una significación trascendente. Se puede tratar de evitar el dolor o el sufrimiento, pero sería una idea tramposa la de asegurar que desapareció el dolor o el sufrimiento. Quien viva en esta vida, va a sufrir, porque simplemente es parte de la vida.

Siguiendo con el texto de la Declaración sobre eutanasia, “nada ni nadie puede autorizar la muerte de un ser inocente, sea feto o embrión, niño o adulto, sano o enfermo; nadie puede pedir este gesto homicida para sí mismo o para otros, ninguna autoridad puede legítimamente permitirlo o proponerlo, es una violación a la Ley Divina, una ofensa a la dignidad de la persona, un crimen contra la vida, un atentado contra la humanidad”. Es importante destacar, en la doctrina de la Iglesia, el no darle autoridad a las autoridades para que legislen la muerte. El tema de nuestra cultura es que se cree que “la autoridad” tiene autoridad para esto, que en

nombre de la autonomía de derechos se puede legislar sobre la muerte. Nadie tiene autoridad para permitir que se mate o suicide nadie. Lo pueden hacer, pero no debe ser motivado o promovido por la ley, que debe justamente marcar el orden justo de una sociedad. Y una sociedad que tiene leyes que permiten que un grupo mate a otro grupo, no es justa, está violando un derecho esencial que es el derecho a la vida.

El hombre, que ha olvidado a Dios y su relación fundamental, piensa tener el derecho de pedirle a la sociedad que le garantice posibilidades y modos de decidir sobre la propia vida, en mérito de tal autonomía. En este contexto, es cada vez más fuerte la tentación de la eutanasia de adueñarse de la muerte, procurándola de un modo anticipado. Ése no es el plan de Dios, ése no es el respeto a la vida además, más allá de lo divino, de lo ontológico del propio ser: uno no es propietario de su vida, sino de sus cosas. *Yo soy.*

Se asiste a uno de los síntomas de la cultura de la muerte, caracterizada por una mentalidad *eficientista* que considera a los ancianos y débiles como muy gravosos y/o insoportables. El día que se le dé a la autoridad o a un grupo permiso para calificar y jerarquizar las vidas, por criterios que no sean los esenciales, que es el del respeto por la vida, entonces vamos a construir la cultura de la muerte.

En el tema de la vida hay una opción social muy fuerte; se dice que muchos países tienen leyes sobre el aborto o sobre la eutanasia, pero muchos también hacen la guerra y dicen que es en nombre de la paz y muchos cometen actos de terrorismo diciendo que son en nombre de la religión. En el mundo en que vivimos, lo único que realmente está garantizando un proceso de vida, es respetar la vida.

La eutanasia, por su parte, no respeta el valor vida y exagera el derecho a la muerte. Por otra parte, la distanasia es el no dejar morir y exagerar desproporcionadamente el valor vida ("nunca me voy a morir", "no me tengo que morir", "la muerte es un fracaso"). La muerte es un hecho ontológico, maravilloso e increíble. La distanasia exagera el valor vida porque no permite el valor muerte. No implica que haya que matar, sino que la muerte cuando tiene que llegar, es inevitable.

La ortotanasia significa morir en forma correcta y equilibrada, es decir que cuando la muerte es inminente e inevitable, va a permitir que se desarrolle.

La muerte tiene una dignidad, porque es parte de la vida, y la dignidad de la muerte viene dada por la vida, porque es don de Dios, que incluye la muerte. Como hoy existe tecnología que puede impedir que la muerte suceda, hay que tratar de no caer en el llamado "ensañamiento terapéutico". Debe distinguirse la

decisión de renunciar al ensañamiento terapéutico, de la eutanasia. Las primeras son intervenciones médicas ya no adecuadas a la situación real del enfermo, por ser desproporcionadas a los resultados esperados o bien por ser demasiado gravosas para él o su familia.

Se puede definir al ensañamiento como intervenciones médicas no adecuadas. Si el paciente o familiar pregunta al médico que si lo que se le está haciendo es adecuado o inadecuado, éste diría que es adecuado o razonable (según los norteamericanos). El pariente a veces dice: "Hágale todo", pero ¿qué significa esto?: ¿todo lo que le hace bien al paciente y necesita? o ¿todo lo que quiero para quedarme tranquilo de que por mi madre o por mi hijo hice "todo"? Y si hizo un todo que es un ensañamiento terapéutico, no hizo lo que debía hacer, porque no debía torturar al muriente, tenía que acompañarlo, atenderlo, velar que no lo maten, que no le falte nada para vivir su muerte, pero acompañar el proceso de la muerte.

Ciertamente existe la obligación moral de curarse y hacerse curar, pero se deben valorar las situaciones y los medios terapéuticos. Esto no implica decidir no hacer nada, porque total se va a morir. La renuncia a medios extraordinarios o desproporcionados no equivale al suicidio o a la eutanasia, sino más bien, es la aceptación de la condición

humana frente a la muerte. En estas situaciones, cuando la muerte se prevé inminente e inevitable, "se pueden en conciencia renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir, sin embargo, las curas normales debidas al enfermo en casos similares". Hay un mínimo que no se puede dejar de hacer.

EL ESTADO VEGETATIVO

Al estado vegetativo muy frecuentemente se lo confunde con la muerte, pero no tiene nada que ver con ella. Es un estado en el que la persona no tiene capacidad de respuesta, una condición caracterizada por el estado de vigilia, alternancia de ciclos de sueño, ausencia de conciencia de sí y del ambiente circundante, falta de respuesta a los estímulos del ambiente, mantenimiento de funciones automáticas y de funciones cerebrales. Por lo general no necesita ayuda técnica para mantener sus funciones vitales.

El paciente en estado vegetativo no es un paciente terminal ya que su condición puede prolongarse de forma estable durante períodos muy largos. El diagnóstico hasta el momento es eminentemente clínico y requiere una atenta y prolongada observación. Las técnicas modernas de imagen han permitido documentar persistencia de algunas funciones corti-

cales y respuestas a algunos tipos de estímulos, como el dolor. Las valoraciones de pronóstico son en general de tipo estático.

Todo ser humano tiene dignidad propia, sin discriminación de raza, cultura o religión, condiciones de salud o situaciones socio-económicas. La persona en estado vegetativo no es una planta, es un ser humano con un estado de vida de características mínimas con muy poca conexión con el exterior. La dignidad, que constituye un valor inmutable e intocable, no depende de sus circunstancias externas ni del juicio de nadie. Soy un ser humano hasta el día en que muera, aunque tenga una calidad de vida que no le guste a mucha gente e incluso a uno mismo.

¿Qué va a hacer Occidente con las enfermedades crónicas? Porque en definitiva, con toda la complejidad que tiene el estado vegetativo, es una enfermedad crónica, una patología que va a acompañar al que la padece hasta la muerte, cuando llegue. El reuma, la artritis, también duran hasta la muerte, como tantas otras enfermedades que no son curables y que no matan. La realidad de las enfermedades crónicas no curables, existe. Por qué entonces con esta patología tenemos que decir que no tiene que existir. Y si es una enfermedad crónica no curable, ¿cuál es la terapia?, ¿terminar con la vida, porque molesta o es caro?...

Los deberes morales no pueden ser exigidos debido a razones deontológicas, bioéticas, de derechos humanos y de solidaridad. Hay muchas causas de fondo que piden no violar la moral. El paciente en estado vegetativo, en espera de recuperación o de su final de vida, tiene derecho a recibir asistencia sanitaria básica: alimentación, hidratación, higiene, calefacción, refrigeración, prevención de complicaciones por el hecho de estar en cama, monitorización de sus signos clínicos, etc.

Juan Pablo II decía en marzo de 2004: "Siento el deber de reafirmar con vigor que el valor intrínseco y la dignidad personal de todo ser humano no cambian, cualesquiera que sean las circunstancias de su vida". Un hombre, aunque esté gravemente enfermo o se halle impedido, es y será siempre un hombre. Jamás se convertirá en vegetal o animal. Entonces a este mal llamado estado vegetativo hay que ponerle un nombre nuevo.

En un importante congreso que organizó la Pontificia Academia para la Vida junto con la Federación Mundial de Médicos Católicos, sobre el tema de hidratación y alimentación, el Papa clarificaba diciendo lo siguiente: "Quisiera poner de relieve que la administración de agua y alimento, aunque se lleve a cabo por vías artificiales, representa siempre un medio natural de conservación de la vida, no un acto médico, por lo tanto, su uso se debe considerar en principio ordi-

nario, proporcionado y como tal, moralmente obligatorio en la medida y hasta que demuestre alcanzar su fin propio". Esta definición causó mucho revuelo, sobre todo en el mundo anglosajón.

La obligación de proporcionar los cuidados normales debidos al enfermo en estos casos, no desaparece por el hecho de prever probabilidades escasas de esperanza de recuperación, porque muy probablemente, el enfermo vegetativo, que es un ser vivo, no se va a recuperar, pero no lo sabemos con certeza. Por eso también está muy cuestionado hablar de estado vegetativo permanente.

Las escasas esperanzas de recuperación no pueden justificar el abandono o la interrupción de los cuidados mínimos al paciente. El único resultado posible de su suspensión es la muerte por hambre o desnutrición o por sed o deshidratación. Si se efectúa consciente y deliberadamente, termina siendo una verdadera eutanasia por omisión. En el caso de Terri Schiavo, ¿la alimentación y la hidratación que ella recibía, eran eficaces como tratamiento, como acción? Incluso considerándolo como tratamiento médico, suponiendo que lo fuera, ¿le daba resultado a esta mujer? Sí, vivió quince años. Medicamente, hay que suspender el tratamiento cuando no funciona más o cuando le hace un daño al paciente. ¿Qué pasó cuando se suspendieron la alimentación e hidratación de Terri Schiavo?

A los catorce días ¿se murió por la patología de base que tenía?, es decir, ¿por su estado vegetativo? No, sino por la suspensión de alimentación e hidratación. Se causó claramente la muerte en el siglo XXI, por desnutrición y deshidratación en los Estados Unidos, el país de la abundancia, a una persona atendida y que tenía los medios necesarios. Incluso la simple duda de estar en presencia de una persona viva, si es que existiera la duda, implica la obligación de su pleno respeto y de evitar cualquier acción orientada a provocar su muerte.

¿Qué se hace frente al estado vegetativo? Hay muchas acciones positivas

frente a este difícil paciente y a esta dolorosa situación, pero hay que actuar considerando que el paciente es una persona viva. Sostener a las familias, no dejarlas solas con su carga humana, psicológica y económica. Crear una red de unidades de preanimación con programas específicos, apoyo económico y asistencia a domicilio, centros de acogida para familias incapaces de afrontar el problema y para ofrecer períodos de pausa existencial, dinámica para comprender que el equipo de salud es su aliado y lucha con ellos. Todos estos son elementos que la Pontificia Academia para la Vida destacó y propuso.

DEFENSA DE LA VIDA Y DIGNIDAD HUMANA

P. Lic. Alberto G. Bochaty, O.S.A.

- Director del Instituto de Bioética (Facultad de Ciencias Médicas, Pontificia Universidad Católica Argentina)
- Vicepresidente del Instituto para el Matrimonio y la Familia, Pontificia Universidad Católica Argentina (UCA)
- Profesor de Ética Biomédica en el Magíster en Ética Biomédica (Instituto de Bioética, Facultad de Ciencias Médicas, UCA)
- Profesor de Bioética en grado y posgrado (Facultad de Teología, Universidad del Salvador, Colegio Máximo, Buenos Aires, Argentina)
- Miembro de la Pontificia Academia para la Vida
- Miembro de la Academia Argentina de Ética en Medicina
- Miembro de la Comisión Nacional de Bioética
- Miembro de la Comisión Provincial de Bioética, provincia de Buenos Aires, Argentina

Palabras clave

- Dignidad del hombre
- Cultura de fractura
- Modelo de familia

RESUMEN

La ley natural da al hombre parámetros y valores esenciales que éste no puede trazarse a sí mismo, porque lo trascienden. Entre ellos, el autor trata sobre el derecho a la vida y la defensa de esa vida y la dignidad intrínseca que posee, que se deriva de haber sido creado a imagen y semejanza de Dios. Es importante que el hombre se abra al diálogo, pero reconociendo la trascendencia de determinadas verdades y sin ceder al relativismo que conduce a una cultura de fractura y de muerte.

Por otra parte se abordan los “nuevos modelos de familia” que la sociedad propone como sustitutos moralmente válidos que, a su vez, sedimentan una cultura de fractura que traen consecuencias negativas, porque afectan, nada menos, que a su célula básica: la familia.

¿Qué es verificable en todos los humanos y en qué etapa de la vida del humano vamos a tomar esta verificación: en la del adulto, en la del mejor desarrollo?

Va a ser muy difícil llegar a una definición de la dignidad del ser humano, su individualidad, su identidad de persona, por tanto se van a tener que proponer acuerdos éticos, para que, por medio del diálogo y de la relación interdisciplinaria, se puedan establecer valoraciones éticas a las realidades biológicas y a lo que se

llama natural en contraposición a lo “sin natural”.

Cuando el hombre dice que prescinde de la naturaleza y, por tanto actúa según las propias experiencias y su manera individual de ver las cosas, pasa a convertirse en “la ley natural subjetiva”. De esta forma termina acordando con los demás hombres acerca de qué es la verdad, la ética, etc., ignorando la ley natural intrínseca y estableciendo todas estas definiciones sobre la base del consenso.

Se puede verificar que en la actualidad, la mayoría de la gente piensa a través de los medios de comunicación, que, por su parte, se retroalimentan entre sí para difundir una información en general homogénea. Entonces, si los medios realizan una campaña sobre determinado asunto y luego hacen una encuesta, seguramente en sus resultados se verá reflejada la opinión que, de algún modo, fue difundida por las noticias en los mismos medios de comunicación. Por lo tanto, el acuerdo ético al que debemos llegar, no puede ser para fundamentar la verdad, sino que tendremos que buscar los valores esenciales que tal vez podamos compartir.

En referencia a la dignidad de la vida humana, este valor esencial debe estar basado en reconocer el carácter inviolable de toda persona, de todo ser humano, dando por válido el concepto de inicio de

vida de aquella teoría que lo identifique con su origen más temprano. Evidentemente, aquí estamos en la base del personalismo ontológicamente fundado. Si existen diferentes teorías científicas acerca del momento del inicio de la vida (en el momento de la fecundación, en el momento de la anidación, después del proceso de individuación en el día catorce, o la más apasionada de la octava semana), es muy difícil esperar, ética o moralmente, construir una sociedad, un código penal, una legislación, peleando por televisión a ver quién grita más fuerte cuándo se inicia la vida. Esto esto se asemeja a una tienda de campaña que se cae con el primer viento.

De esta forma, se va a legislar al respecto, pero no se va a crear una cultura. Entonces la necesidad de respetar la vida y su dignidad desde el inicio más temprano de la misma ha de surgir, al menos, por el sentido común. Si los científicos mencionan cuatro teorías acerca del inicio de la vida, y las cuatro con el mismo estatus epistemológico y que deben ser respetadas, en principio habría que conocer los fundamentos que proponen. De esta forma, los científicos afirman que hay cuatro inicios de la vida, y el sentido común nos dice que hay uno sólo, por lo tanto, entre las cuatro, habrá que buscar la protección de la vida humana desde el comienzo más temprano.

Existe una antigua discusión que plantea la incertidumbre acerca de si en

el hombre se “corporaliza” el espíritu o se “espiritualiza” en el cuerpo. La corporeidad hoy nos indica que lo específico del modo humano, la naturaleza de la persona humana que es la persona en sí misma, es una unidad. Precisamente, esta unión sustancial es lo que hace al hombre, hombre.

La vida humana, desde el punto de vista creacional, es un don de Dios, y por lo tanto la dignidad de la persona tiene un valor inalienable. Eu valor de su corporeidad y su significado corporal y el valor de la familia como comunidad de vida y amor, son tres escalones esenciales para defender la dignidad del hombre. La dignidad de la vida es antecedente a los derechos humanos, porque la dignidad se posee, lo reconozcan o no los derechos humanos. Se está vivo, lo reconozca o no la teoría de determinado científico. La existencia está antes que nada. El ser precede al obrar.

Esta dignidad es tal, desde el punto de vista de la Teología y de la Antropología cristiana, porque el hombre es un colaborador libre, responsable del marco de la verdad y, al mismo tiempo, gestiona la creación. Incluso, la domina, no como totalitario dictador, no como elefante que atropella y produce desastres energéticos, ecológicos, con los animales, los vegetales y los humanos. Su dignidad se deduce del hecho de ser amado por Dios y de haber sido creado a su imagen y

semejanza. Su ser, unidad espíritu-cuerpo, lo hace capaz de trascendencia. Aquí está la raíz de la dignidad de la persona: ser creado por Dios, amado por Dios y con capacidad de amar a Dios. No sólo el hombre tiene capacidad de autorreflexión sino que también tiene capacidad de trascendencia. Es preciso recorrer todos los caminos que favorezcan al diálogo, con la convicción de que la verdad plena sobre el hombre fundamenta la vida. Cuando hemos fracturado la realidad, cediendo al relativismo, afirmando que existen varias verdades relativas que imponemos una u otra, los resultados no serán de vida, sino de muerte.

FRENTE A LOS "NUEVOS MODELOS" DE FAMILIA

En lo que refiere al tema de familia, cabe aclarar que no es posible tratarlo con la misma dinámica que el tema de la vida, debido a que en la actualidad existen "nuevos modelos" de familia. Hay que destacar que hay realidades familiares indiscutiblemente existentes, y no todas mal hechas o hechas por el mal, sino que son víctimas de malas situaciones. Hoy se intentan presentar como modelos moralmente aceptables, equivalentes, sustitutivos, del modelo de familia, a situaciones que no han sido pensadas y que no son de la dignidad.

Si algo tiene el Magisterio de la Iglesia,

el pensamiento académico, es que se puede opinar distinto. Pero si alguna institución cuida su lenguaje, estudia sus documentos y es milenariamente cuidadora del texto de enseñanza, es la Iglesia. Entonces es muy insultante y una grave falta de consideración a la realidad del diálogo, decir que es una estupidez.

¿Cuál es el modelo de familia donde va a poder crecer el amor en esa vida que se transmite según su propia dignidad? Un varón y una mujer comprometidos permanentemente por medio del sacramento del Matrimonio, abiertos a la procreación, y una vez bendecidos con el nacimiento de sus hijos, como cumplimiento de la sagrada misión conyugal, los educan física, moral y espiritualmente. El eufemismo del término "nuevo modelo de familia", nos conduce a una ambigüedad y a un relativismo, el doble paradigma deseado por aquellos que lo proponen y pretenden que se acepten estas adaptaciones, dando así un golpe mortal a la familia y al concepto de familia milenario y bíblico.

Ya advertía Pablo VI en los años sesenta las consecuencias catastróficas a nivel mundial que traería la fractura de la sexualidad, la anticoncepción entendida como una fractura, que se plasmaron en un aumento inmenso de divorcios, abortos y efectos colaterales de los anticonceptivos. A la prueba nos remitimos. De la realidad de la sociedad de los años sesenta a

la realidad de hoy, los países que más han avanzado en anticoncepción, en abortos, ¿qué han traído como consecuencia social a nivel de familia?, ¿más matrimonios?, ¿más sacramentos?, ¿más durabilidad?, ¿menos divorcios? Si se atiende al llamado "mundo desarrollado" que posee estas legislaciones, se observa que la familia casi no existe, que el número de matrimonios ha disminuido, que el número de divorcios ha aumentado, que la juventud ha adquirido criterios que han tenido que, como escudo, salir a defenderse de situaciones de agresión y ha construido una forma social como la actual con el avance de la droga, de la prostitución infantil, de los embarazos de adolescentes, de enfermedades como el SIDA, que no se detiene, etc. O sea, que los resultados no han sido acordes con lo que se anuncia que se va a resolver. Al mismo tiempo, ha aumentado la ignorancia, incluso de médicos, de agentes sanitarios, y esto es muy grave, respecto del funcionamiento de la fertilidad femenina.

Asistimos en la actualidad a la fractura del sentido unitivo y procreativo del acto conyugal, junto con toda la fractura que se ha venido introduciendo dentro del campo de la sexualidad. Primero, se dividía el amor de la sexualidad; segundo, la responsabilidad de la sexualidad, promoviendo una sexualidad libre donde no se habla de responsabilidad sino de sexo seguro. Todos aquellos que han entrado en campañas de sexo seguro han visto que

a veces no tienen seguridad con el sexo seguro, como corolario tiene que legalizarse el aborto, la píldora del día después, etc., porque la visión y la mentalidad anti-conceptiva derivan en aborto y en mentalidad abortiva. Porque si falla el sexo seguro, surge la emergencia del aborto, clínico, quirúrgico, hormonal, cualquiera sea la forma que adopte.

Por otro lado, se propone una nueva separación: la procreación de la sexualidad. La probeta, el *in vitro* logran hacer lo que antes hacían el varón y la mujer. Y finalmente, la última es la separación de la procreación con la naturaleza, agámica. Para la clonación no se necesitan las células germinales, el hombre puede hacer lo que quiere.

Todas estas fracturas son claves para comprender muchos de estos cambios que se han generado.

LA ADAPTACIÓN DE LA IGLESIA

Se pide muchas veces que la Iglesia se adapte, que no puede quedarse en el pasado porque perderá fuerza y fieles. La verdad es que nunca encontré un sólo documento de la Iglesia que diga "tenemos que hacer adeptos". Ni Jesús, que tenía doce y uno lo traicionó: "*El que quiera seguirme que me siga*".

Por otro lado, también se escuchan comentarios que refieren al tema de la

fuerza: "La Iglesia hace *lobby*", "la Iglesia quiere imponer", "¿por qué me va a imponer usted una ley según su creencia?", etc. Si ésa es la fuerza, nos estaría yendo muy mal. Es que la Iglesia no busca fuerza, sólo anuncia una verdad y los ciudadanos cristianos anuncian un derecho. ¿Por qué yo no puedo estar en contra de la aceptación de una ley de aborto, y otro sí me puede obligar a mí a que en el país haya una ley de aborto? ¿Acaso yo no soy ciudadano

para opinar diversamente?

La Iglesia sí debe adaptarse a esta nueva realidad, haciendo la propuesta del Evangelio de la Vida que ilumina esta realidad tan diferente al plan de Dios. No sirve una adaptación que sea aceptación, sino aquélla que sea renovación, es decir, en un lenguaje más evangélico, que sea conversión, a la buena nueva, a la verdad y a la vida como testimonio de anuncio.

PROPORCIONALIDAD EN LOS MEDIOS TERAPÉUTICOS Y DE SUSTENTACIÓN VITAL

Mons. Dr. Maurizio Calipari

- Doctor en Teología Moral, con orientación en Bioética (Academia Alfonsiniana, Roma)
- *Master* en Bioética (Pontificio Instituto Juan Pablo II e Instituto de Bioética de la Universidad Católica del *Sacro Cuore*, Roma)
- Oficial de Estudio de la Pontificia Academia para la Vida (Vaticano)
- Profesor Visitante de la Universidad Católica de Trujillo (Perú)
- Distinción honorífica del Ministerio de Salud de Lima (Perú)
- Colaborador del Centro de Bioética de la Universidad Católica del *Sacro Cuore* (Roma)
- Miembro del Comité Ético de los Hospitales Reunidos (Reggio Calabria, Italia) y miembro del Comité Ético del Hospital "*Cristo Re*" (Roma)

Palabras clave

- Proporcionalidad
- Desproporcionalidad
- Ordinarietàad
- Extraordinarietàad
- Dinamismo valorativo

RESUMEN

El autor define la muerte de la persona como el momento de separación entre el principio vital, que es el alma, y el organismo humano. Aclara que se pueden medir los signos que siguen en el organismo a esta separación entre alma y organismo. Explica que no existe "la vida humana", sino el ser humano viviente que, como persona, tiene su valor y su dignidad inalienable. Luego establece la distinción entre medios *proporcionados o desproporcionados, ordinarios y extraordinarios* para la conservación de la vida y su licitud o ilicitud de acuerdo con la Ética Personalista.

Este análisis propone focalizarse en la muerte de la persona desde el punto de vista del juicio ético. En una visión global y personalista del ser humano, la muerte de la persona ocurre en el momento de la separación, siempre irrevocable e irreversible, del principio vital, que es el alma, con el organismo humano. El problema radica en la imposibilidad de determinar este momento crucial a través de medios técnicos, porque no se puede medir la presencia del alma, pero se puede y se deben medir los signos que siguen en el organismo a este hecho de la separación entre el alma y el organismo. Es una separación que directamente no podemos probar ni tampoco medir, pero cuando ocurre la muerte, la experiencia humana nos indica algunos signos en el

organismo que podemos verificar con medios técnicos.

En este contexto, cuando se habla de muerte, siempre se hace referencia a la muerte de la persona. Los científicos distinguen la muerte cerebral de la encefálica, no se trata de lo mismo, porque son términos descriptivos de diferentes aspectos. No hay que confundir los criterios para aclarar que ha habido una muerte, de la muerte en sí misma. Cuando se hace referencia a la muerte cerebral, encefálica o cardiorrespiratoria, estamos hablando de los criterios para verificar los hechos biológicos. La muerte de la persona se constata cuando ya no existe la presencia de un organismo individual *capaz de integración*. La palabra clave es autointegración. Cuando el organismo pierde definitiva e irreversiblemente esta capacidad de autointegrarse, es decir, de autoconstruirse de manera conjunta, como una unidad, el organismo no es más tal, aunque pueda, y de hecho continúe, una vida biológica en algunas partes del organismo. Biológicamente, el organismo no se muere todo en conjunto, es un proceso de muerte biológica. Después de la muerte algunas partes del organismo siguen funcionando durante unas horas, expresando su actividad biológica. Por ejemplo, crece el pelo, hasta la extinción total del material biológico, porque al momento de la muerte, no hay más organismo. Éste es el signo central.

Entonces, para juzgar que no estamos más en presencia de un organismo individual integrado, los científicos han aclarado que es ya suficiente que se haya destruido totalmente el encéfalo. Por tanto, la atención más precisa se centra en el encéfalo, que indica todo el contenido completo intracraneal, es decir, no sólo se focaliza en el cerebro, la zona más exterior o la corteza cerebral, que está destinada a las funciones básicamente de conciencia, de relación con el exterior, de vida consciente, sino también en el cerebelo, la zona más interna, y el tronco encefálico, la zona del sistema nervioso central intracraneana, dedicada a las funciones vegetativas, como la respiración. Cuando se ve destruir todo esto, no sólo la corteza, o como dicen los países anglosajones, en particular Inglaterra, que es suficiente con la destrucción del tronco cerebral, nosotros decimos que se destruyó todo el encéfalo.

La ley italiana habla explícitamente de muerte encefálica, es decir, destrucción total e irreversible de todo el encéfalo, como criterio para aclarar la muerte de la persona. Esta distinción es muy importante para evitar confusiones. Si hay sólo muerte cerebral, muerte cortical, no estamos todavía frente a la muerte de la persona, porque permanece alguna actividad cerebral que por lo menos nos deja la duda de que la muerte no se haya cumplido. Desde un punto de vista ético es suficiente la duda de estar en presencia de una persona para

que podamos actuar con riesgo de matarlo.

Vamos a completar este argumento ya que hoy cobra cada vez más relevancia, por la práctica médica en particular, pero también por la consideración de la gente que desea comprender y expresar su voluntad frente a la experiencia de la enfermedad. Como la tecnología ofrece mayores medios al actuar médico, en la actualidad, este problema se profundiza.

Se presentará una síntesis muy estricta de lo reflexionado particularmente en estos cuatro años sobre este tema. La parte más original corresponde a una manera de interpretar y de ofrecer instrumentos prácticos de juicio para juzgar exactamente cuál es la manera correcta de actuar. De alguna manera se ha anticipado, como una suerte de subtítulo, la importancia de este tema. Me gusta describirlo como el “principio de justicia ética”. En italiano habría otra palabra que no se puede traducir directamente al español. La palabra es *adeguatezza*, es decir la calidad de estar adecuado éticamente.

Aquí utilicé una expresión muy tradicional en la Teología moral: conservación de la vida. Todos los medios, no sólo los terapéuticos, que tienen una valencia terapéutica, sino también el comer, el beber y el descanso, por ejemplo, son aspectos que ayudan a conservar nuestra

vida. Estos son aspectos no médicos que también se pueden aplicar a todo lo referido a la conservación real de la vida.

En Bioética se aborda este tema en términos de reflexión sobre la *proporcionalidad* de las curas o de las terapias. Cabe añadir que no es sólo una cuestión de soluciones prácticas, sino también la necesidad de reflexionar sobre valores, por eso hay que tomar en cuenta muchos significados. Es una cuestión muy compleja. No existe gran literatura a la cual referirnos, por lo menos hasta el momento. Ya en el siglo XVI la Teología moral enfrentó este problema. ¿Qué problema tenía la medicina, qué posibilidad había de actuar, para cuestionarse 'qué hago', 'qué no hago'? Había poquísimos medios prácticos de intervención, sin embargo, los autores han enfrentado el problema. También en los documentos actuales del Magisterio de la Iglesia Católica, de alguna manera se enfrentan los problemas, pero nunca de forma sistemática, completa. Existen entonces elementos muy importantes y puntos de referencia, pero no hay tratados completos y sistemáticos.

EL BIEN DE LA VIDA HUMANA Y LA SALUD

En primer lugar, se hará una breve revisión de los puntos fundamentales que conciernen al bien de la vida humana desde una postura personalista. Vida humana: no es un concepto teórico.

Siempre que hablamos de vida humana en realidad estamos hablando de un ser humano: no existe "la vida humana", hay un ser humano viviente que, como persona, tiene su valor, su dignidad que es inalienable y que no depende de las circunstancias históricas en las cuales se va desarrollando la vida, sino que pertenece a su naturaleza, es decir, a su ser desde el inicio: es una calidad ontológica, no un accidente, como decían los antiguos.

Por eso consideramos al ser humano como un bien en sí mismo y, hay que añadir que, sólo desde el punto de vista ético, la vida física en la dimensión terrenal constituye para la persona un bien fundamental o primario, porque es la condición de posibilidad del desarrollo y realización de todos los otros bienes de la persona. Si no estoy vivo -viviente- tampoco puedo ser libre, inteligente, autónomo, creativo, no puedo dividir mis emociones, no puedo amar, no puedo hacer nada, no puedo hacer un hombre si no soy un hombre vivo. Por eso se habla de un bien fundamental, básico, primario que precede a los otros bienes como condición de posibilidad. Pero no es un bien absoluto, es decir, el bien final de la persona, porque sabemos muy bien que en una postura teológica, el bien final, el bien absoluto de la persona es siempre su vida, pero su vida eterna como cumplimiento de todo su camino. Por eso la única razón que pide dejar el paso a la vida terrena, a la vida física como condi-

ción viviente de la persona, es exactamente el bien de la vida eterna; es la razón por la cual los mártires pueden entregar su vida para no perder el bien de la vida eterna en nombre de su fe, sino serían suicidas.

¿Qué es la salud? Nada más que una auspiciosa condición de la vida terrena, porque es un conjunto de circunstancias; es una condición dinámica que constituye un bien porque generalmente es una condición favorable a la realización de la vida humana, de los valores y de los proyectos humanos también. Si gozamos de buena salud, probablemente sea una ayuda a nuestro camino humano terreno. Pero no es un bien en sí mismo, como lo es la vida, porque si falta la salud el hombre también puede realizarse, y muchas veces mejor que cuando la tiene. Tenemos experiencias maravillosas como testimonio de lo que el hombre puede descubrir pasando a través del sufrimiento y del dolor. Tal vez no, tal vez sea ocasión de desesperación. Pero la salud, generalmente hablando, es en principio un bien auspicioso. Un bien instrumental, pero un bien.

¿Por qué se hace hincapié en estos dos conceptos? Porque de ellos derivan deberes éticos diferentes. Del valor y de la dignidad de la vida humana surge el deber de asegurar la inviolabilidad de la vida humana en sentido amplio. El deber fundamental derivado de conservar la vida humana, claro está, hasta el

momento y de manera que sea posible, tanto la propia como la de los demás. ¿Qué significa el deber fundamental de conservar la vida? ¿Cómo se conserva la vida? ¿Es una cuestión de poner un objeto en un contenedor, de conservarla para que no se consuma, no se destruya? No; la conservación en el sentido personalista es una actitud fuertemente dinámica. Es cuestión de amarla, de servirla, de promoverla, y cuando es necesario, de tutelarla y ponerse de manera dinámica y positiva totalmente al servicio de esta vida. A ello remite el deber de conservar la vida humana.

En cuanto al bien derivado del bien instrumental de la salud, es claro que surge el deber de curarse y de hacerse curar cuando aparece la necesidad. También aquí, esta conservación de la salud, esta cura de la salud significa, una vez más, promoverla, conservarla y procurarla en la medida de lo posible. Éste es el marco teórico desde el cual partimos para reflexionar sobre la proporcionalidad, porque si no se tiene en cuenta esta perspectiva antropológica no se logra una comprensión completa.

MEDIOS ORDINARIOS Y EXTRAORDINARIOS

Si se hace un salto muy lejos en el tiempo hasta el siglo XVI, ¿cuál era el problema? El autor español, muy conocido por la Teología moral, Domingo Soto, en el año 1556 ya había enfrentado esta

problemática. Lo que dice es muy paradigmático, por eso se trae a colación una página de su texto titulado *De iustitia et iurae*. La pregunta es: ¿uno puede ser obligado a hacerse cortar un miembro? La respuesta del autor es: "Desde el momento en que la amputación o en la incisión del cuerpo existe un dolor grandísimo, desde luego que nadie puede ser obligado porque a nadie se le impone conservar la vida con tanto tormento". Estamos hablando de un tiempo en el cual no había anestesia, no había ningún otro medio de tipo médico que podría volver vivible una experiencia quirúrgica de este tipo. Ni se lo debe juzgar como un suicida. Es verdadero aquel grito del romano Cayo Mario mientras se le abría la pierna: "La salud no es digna de tanto dolor". ¿Qué pasaba si uno necesitaba la amputación de una pierna y decía no poder someterse a ese tipo de intervención por carecer de recursos humanos suficientes? Si no se hacía, se moría, no había otra solución. La pregunta de los moralistas era: ¿puede uno conscientemente caminar hasta la muerte porque piensa que el único remedio posible no es soportable por él por razones serias? Si la vida humana es un bien absoluto, esta opción no es posible porque todos tenemos el deber absoluto de conservarla. Si es un bien que tiene un límite debemos reflexionar sobre esta cuestión y elaborar soluciones posibles. Hay una doctrina tradicional que se ha desarrollado a lo largo de cuatro o cinco siglos, muy cono-

cida, de alguna manera, por los términos utilizados, de los *medios ordinarios y extraordinarios de conservación de la vida*.

Estos autores han hablado de las características de los medios ordinarios y extraordinarios, mas nunca han hecho un elenco detallado de medios, porque prontamente han intuido que un mismo medio en una situación diferente y por una persona diferente podía cambiar sus características. Ésta es una intuición muy importante porque es totalmente válida también para nosotros hoy.

Diremos sólo algunos elementos de cómo estaban connotados los medios ordinarios.

1. Para que un medio pudiera ser considerado ordinario era necesario que ofreciera una razonable esperanza de beneficio en su uso, no en sí mismo.
2. Tendrían que ser medios de uso común, es decir, que normalmente la gente común podría encontrar, tener a disposición y utilizar. Aquí habría una precisión subrayada en latín pero no en español, es decir, no sólo de uso común sino más precisamente de uso común *secundum proportionem status*: (según la condición vital de cada uno). En ese tiempo era diferente la condición de un religioso que vivía en un convento y de un hombre del siglo, hoy diríamos un laico. Porque, por ejemplo, comer carne, asado, no

era normal para un religioso, era una cosa particular, totalmente extraordinaria, y por el contrario, para una persona que vivía en el siglo podría ser una cosa más normal. Así que si para conservar la vida fuera necesario comer carne, para un religioso este mismo medio se presentaba como un medio extraordinario en su estado de vida; y para el laico era un medio ordinario. Nótese cómo estos moralistas eran realmente muy profundos en su razonamiento.

3. Medios de fácil acceso y empleo que no presentan particulares cargas para el paciente: *media non difficilia* o *facilia*. Estos medios con estas características, desde un punto de vista de obligación ética, eran considerados sin duda obligatorios para el paciente, quien debía someterse al empleo de estos medios, y también para el médico si los tenía a disposición, quien debía utilizarlos.

Con los medios extraordinarios sucede exactamente lo contrario.

1. Medios que ya no están más en grado de procurar un real y significativo beneficio para el paciente, que no tienen *spes salutis*, esperanza de eficacia, de lograr una curación real.
2. Medios que comportan para el paciente una carga proporcionalmente grave o una cierta "imposibilidad moral" para su uso. Tal vez la imposibilidad no es física porque el medio

está aquí, su empleo no causa un gran dolor. Entonces no hay una real imposibilidad física para emplearlo, pero puede configurarse una imposibilidad moral. Por ejemplo, surge un miedo incontenible para utilizar este tipo de medio o una sensación de repulsión interior tal que la persona queda como bloqueada frente a la utilización de este medio. Entonces no tiene la imposibilidad física, pero tiene una imposibilidad moral interior que, de hecho, le impide el empleo de este medio. Si eso ocurre, es un elemento, dirían los autores antiguos, de extraordinariedad. Estos medios, desde el punto de vista ético, no son obligatorios como los medios ordinarios, pero tampoco están prohibidos. Son simplemente lícitos; es decir, es posible utilizarlos. Es una libre elección de la persona. Si la utiliza no hace un mal, si no la utiliza tampoco. Cada vez, en cada situación particular yo voy a elegir qué hacer, si someterme o no al empleo de este tipo de medio de conservación de la vida, si tiene una de estas características.

3. *Per se*, son medios lícitos considerados en sí mismos, en general, en línea de principios. Pero *per accidens*, es decir, en algunos casos y por razones extrañas al medio mismo, podrían devenir su empleo obligatorio moralmente. Por ejemplo, si son la única posibilidad para el paciente de cumplir otros deberes éticos mucho más

importantes, como por ejemplo deberes de caridad o de justicia. Hemos escuchado algunos ejemplos que nos ha comunicado el profesor Maglio, por ejemplo, cómo antes de morir se necesita cumplir con otros deberes humanos que habían quedado pendientes hace mucho tiempo. Si el empleo de cierto medio normalmente extraordinario constituye la única manera que el paciente tiene para poder cumplir estos deberes, en este caso, con motivo de estos deberes y no del empleo del medio, se convierte en un medio siempre extraordinario, pero cuyo uso se hace obligatorio. Ésta es la doctrina general que he sintetizado totalmente. Hay más de 47 ó 48 autores que han hablado de esto, todos en latín.

¿Qué dice el Magisterio en tiempos más recientes? Entre los principales documentos que han hablado de alguna manera de este tema, cabe recordar con particular referencia el discurso de Pío XII donde da respuestas, algunas importantes, en expresiones sobre la reanimación (1957). También hay que mencionar el documento que el P. Bochaty citó en la charla precedente, la *Declaración "Iura et Bona" sobre eutanasia*. En el encuentro con nosotros, a propósito del Congreso sobre el estado vegetativo, Juan Pablo II refirió su discurso a este problema.

En síntesis, en todos estos documentos

fundamentalmente hay una sustancial acogida y reconfirmación, por consecuencia, de la doctrina tradicional, del contenido de la doctrina sobre medios ordinarios y extraordinarios. Al mismo tiempo, en estos documentos más recientes del Magisterio se constata la creciente complejidad de las situaciones clínicas, a razón del rápido y continuo desarrollo de las ciencias médicas. Está subrayada en particular la posibilidad de adoptar una nueva terminología, de abandonar los términos "medio ordinario y extraordinario" para desplazarnos y movernos hacia los términos "proporcionados y desproporcionados", porque parecería que estos nuevos términos están más adaptados al continuo desarrollo y avance de las posibilidades médicas. Entonces, si un medio es proporcionado, ya el término llama la atención a la consideración de múltiples factores. No es una determinación estática, sino que se presenta como una descripción más dinámica, porque la proporción exige la consideración de muchos factores -por lo menos dos, porque si hay una proporción hay factores que se confrontan-.

Por honestidad intelectual, cabe destacar, asumiendo toda la responsabilidad de lo dicho, que a lo mejor, quien ha extendido este texto no ha considerado muy bien lo que ocurrió con los autores antiguos, porque en realidad en la consideración de estos autores todo este razonamiento ya estaba presente en los términos "ordinario" y "extraordinario".

Entonces, la nueva terminología no añade nada a la vieja consideración. Tal vez la novedad no es una novedad sino sólo una novedad superficial, aparente.

DINAMISMO VALORATIVO

Una vez finalizada la parte histórica, falta lo que se propone como el fruto del pensamiento a partir de lo precedente. Se propondrá aquí un dinamismo valorativo que se desarrolla en tres fases. Cabe aclarar que aquí parece todo muy claro, muy distinguido y temporalmente muy consecuente, pero en la realidad, en la práctica del actuar médico no es así. No sólo porque las situaciones humanas son más complejas que cada teorización, sino también porque una vez que se ha entendido bien el sentido de lo que se va a proponer, se puede realizar en la práctica a partir de muchos puntos y de muchos elementos, con un orden diferente o según la necesidad del momento. Lo importante es que esta lógica propuesta, dado que parece válida, no debería faltar en un correcto proceso de evaluación sobre la proporcionalidad del empleo de un medio.

Otra premisa a tener en cuenta indica tener mucho cuidado porque la evaluación nunca, debe ser referida al medio en cuanto tal, porque el medio es un objeto y los objetos no tienen calidad moral ni valor moral, son cosas. La evaluación moral se hace sobre el empleo de un

medio en una situación particular clínica porque es la libre elección de un hombre que está actuando conjuntamente con otro hombre. ¿Quiénes son estos dos hombres que actúan? Son el paciente que tiene la necesidad de cuidar su salud y el médico que lo ayuda en este proceso con su profesionalidad conjuntamente. Entonces no se busca la actuación del médico en lugar del paciente, sino más bien, el proceder del médico en lugar del paciente pero con el consentimiento de este último. Más aún, tampoco se pretende la actuación del paciente sin el médico o contra el médico. Es un absurdo, pero tal vez es la realidad.

Hay que hacer esta valoración ética a la luz de muchos factores; algunos de ellos tienen una característica más objetiva, es decir, pueden evaluarse sin considerar la especificidad del paciente. Son datos científicos mensurables sin tener en cuenta la singularidad del paciente, porque son datos que ya están codificados según un estándar de medidas. Hay otros datos de evaluación máximamente conectados con la singularidad del sujeto, del paciente, en donde hay que tomar en cuenta exactamente el caso particular. En estos casos, el ideal sería establecer un constante diálogo entre el médico y el paciente. Aquí cabe subrayar dos riesgos: un paternalismo médico exasperado que busca el bien del paciente con la convicción de que el paciente no sabe qué es su bien, y tal vez procede contra

la voluntad del paciente, y por otra parte, un autonomismo exasperado por parte del paciente, que mira al médico sólo como un instrumento para alcanzar sus fines y no como otra persona con conciencia y libertad que se encuentra a su lado con profesionalidad.

Hay que evitar estos dos riesgos que son opuestos, pero que deforman una correcta alianza terapéutica. En cada caso, esto resulta impactante y muy importante, la última decisión corresponde al paciente. Éticamente hablando, sobre esto no cabe duda porque estamos hablando de la vida del paciente. No implica que el paciente hace lo que quiere de su vida, no es éste el punto ético, también él tiene que referirse a criterios objetivos de juicio, pero le corresponde a él la responsabilidad última. El médico tiene su responsabilidad, claro, desde un punto de vista profesional y también humano (de su conciencia), pero la decisión última que el médico debe respetar es la del paciente. Por tanto, debe respetarla en todo caso, pero no puede actuar según la decisión del paciente si su conciencia no se lo permite, porque también el médico tiene su conciencia que debe tener en cuenta al realizar las elecciones del paciente. Son dos conciencias que se enfrentan. En la medida que es posible encontrar un camino común, esta alianza terapéutica sigue. Cuando aparece un conflicto de conciencia insanable entre las dos conciencias, lo mejor es interrumpir

esta alianza terapéutica y cambiar de persona o médicos, porque tal vez no se puede sanar este conflicto y ninguno puede cancelar la propia conciencia para no ir en contra del otro.

Les pido que se desplacen con la mente y se pongan al lado de la cama del enfermo. ¿Qué pasa con un médico que cada día enfrenta la situación de asistir a un hombre que pide ayuda porque está enfermo? Se pregunta qué hacer. Ante todo se debe comprender qué pasa y pensar qué solución tomar.

Primera fase de este momento: la valoración de los factores de naturaleza técnico-médicos más objetivos.

Segunda fase: valoración de factores subjetivos, de naturaleza más personal del paciente.

Tercera fase: es una conclusión lógica, el juicio de síntesis de los primeros dos pasos, y luego la conclusión de qué hacer en la práctica, de manera que sea moralmente adecuada como consecuencia de la primeras evaluaciones.

PRIMERA FASE

La llamaremos “**valoración de la proporcionalidad de un medio**”. Ante todo se establece la proporcionalidad o desproporcionalidad de un medio. Pone su atención sobre los elementos de carácter

técnico-médico. ¿Quiénes son los más indicados para evaluar estos medios técnico-médicos?, el personal médico y sanitario encargado de la cura del paciente. Ellos tienen la tarea de evaluar la proporcionalidad técnico-médica del empleo de un medio por determinado paciente, en una situación particular, en un preciso momento, porque esto va a variar; en una semana puede cambiar muchas veces.

¿Qué es esta proporcionalidad o desproporcionalidad? Es la adecuación o inadecuación, sólo técnico-médica, de su uso en relación a alcanzar un determinado objetivo de salud o de soporte vital para el paciente. Hay que hacer una proporción: frente a un objetivo de salud se prueba la verificación si determinada hipótesis de acción es correcta para alcanzar dicho objetivo con una situación y paciente determinados. La conclusión aquí es que el uso de cierto medio de conservación de la vida debe considerarse proporcionado en la medida y hasta el momento en que se demuestre adecuado, en una situación clínica determinada, al alcanzar o determinar el objetivo de salud o soporte vital.

En diálogo con el paciente, los médicos han establecido entonces y, a partir de sus conocimientos profesionales, que el empleo de este medio para alcanzar este objetivo de salud, es proporcionado. ¿Cómo hace este juicio el médico? ¿Qué

debe considerar para llegar a este tipo de juicio? Porque no se trata sólo de un principio general, también hay que considerar los particulares, siempre hablando esquemáticamente. Es necesario hacer una pequeña distinción para ser más claro y concreto: hablar de un medio adecuado significa hablar de la eficacia del empleo de este medio. Mas la eficacia puede entenderse de dos maneras. La primera es la típica eficacia médica, es decir, los efectos saludables observables que produce la utilización de un medio de conservación en relación con este preciso objetivo. Si están estos efectos, que son medibles, se puede concluir que un medio es eficaz: tomo esta píldora y se producen ciertos efectos; si son los efectos deseados, puedo concluir que este medio es eficaz médicamente hablando. Hay otra eficacia en la cura, que es la que llamé la "eficacia global del empleo de un medio", es decir, no sólo la obtención de los efectos saludables que resultan del empleo de estos medios, sino que sean efectos realmente significativos para la vida del paciente, según su valoración personal y en el contexto de su existencia con base en su escala axiológica o de valores. Entonces, si tomo la píldora y es eficaz, hay que utilizarla. Pero el efecto que logro no es suficiente para mí para obtener un significado en mi condición completa; son dos cosas diferentes.

El juicio de proporcionalidad debe ser

directamente una valoración comparada de los siguientes factores:

- **Primero:** la disponibilidad concreta y la plausible posibilidad real del empleo del medio; si lo tenemos a disposición, podemos utilizarlo, si no, no. Hay que considerar que hay situaciones diferentes, es el primer punto para juzgar la proporcionalidad técnico-médica de un medio.
- **Segundo:** no sólo la disponibilidad concreta del medio, sino también la actual posibilidad de emplearlo adecuadamente. Por ejemplo, en el caso de medios de particular complejidad técnica que pueden pedir el auxilio de personal especializado, que podrían no estar disponibles en ese momento. Entonces tengo el medio, pero no tengo quien lo use.
- **Tercero:** las expectativas razonables de eficacia médica. Aquí estamos hablando de la proporcionalidad, entonces en esta fase interesa evaluar aspectos de naturaleza técnico-médicos para analizar si es eficaz o no. En el caso de Terry Schiavo hemos visto cómo la alimentación e hidratación, aunque por vía artificial, técnica o médicamente, era eficaz.
- **Cuarto:** los eventuales efectos colaterales que resulten dañinos para el paciente.
- **Quinto:** evaluar los riesgos previsibles para la salud o la vida del paciente, eventualmente implicados con el uso del medio.

Además, cabe considerar la posibilidad actual de recurrir, en esta situación, a alternativas terapéuticas de igual o mayor eficacia. Son todos elementos que necesitan una evaluación comparada. Ninguno puede permanecer separado de nuestro proceso de juicio.

Por último, este es un punto que cada vez más deviene impactante en nuestro sistema de salud pública: la cuantificación de los recursos sanitarios, de tipo técnico y económico, que son necesarios para la utilización del medio. No estoy afirmando que la vida humana tiene que ser medida económicamente, estoy simplemente diciendo que en una situación de recursos limitados que no son suficientes para todas las necesidades de salud que se presentan, necesariamente tenemos que buscar criterios para una distribución justa, que no haga discriminación entre los pacientes. Es una consideración necesaria, no podemos cerrar los ojos ante esto.

SEGUNDA FASE

Valoración de la ordinariedad. Hasta ahora hemos considerado la evaluación de parte de los médicos, ahora nos desplazamos del lado del paciente. La valoración de los aspectos predominantemente subjetivos, que son dependientes del paciente mismo, le corresponden en exclusiva al paciente o, cuando no puede, a su legítimo representante. Pero

el verdadero representante del paciente tiene como preciso deber manifestar la voluntad del paciente, no su voluntad sobre el paciente. Es la voz del paciente. En este sentido, es el tutor del paciente, sino éticamente no se justifica la expresión de su voluntad en lugar de la del paciente. A la luz de esto podemos decir que la valoración de esta fase es relativa al paciente, es decir, que aquello que resulta ordinario para un determinado paciente en una determinada situación clínica, podría no serlo para la misma persona que se encuentra en una situación clínica diferente o por otra persona en la misma situación. Es decir, cada persona, en cada situación clínica, tiene su especificidad. ¿Cómo hace el paciente este juicio de extraordinariedad? Normalmente, para la premisa puesta al inicio: el bien de la vida humana es primario, hay una presunción de ordinariedad de los medios de conservación de la vida, porque siempre es un bien conservar la vida, es un deber ético. No es necesario demostrar que sea ordinario conservar la vida, que sea un bien conservar la vida, eventualmente lo que se necesita demostrar es si hay motivos para interrumpir este deber.

Entonces, para demostrar que hay elementos de extraordinariedad no se toma el mismo parámetro que para la ordinariedad. Es normal y justo conservar la vida humana, a menos que ocurran algunas situaciones particulares, donde

siempre se sigue conservando el valor de la vida humana. Según su prudente juicio, al menos un elemento significativo que connote la extraordinariedad del empleo de este medio.

Ahora nos resta ver según cuáles criterios el paciente puede juzgar la eventual extraordinariedad de este medio. Por ejemplo, el médico informa a un paciente que está enfermo en el hospital que ha concluido su diagnóstico y lamentablemente padece una patología. Ha razonado sobre cuál es el medio más proporcionado para intervenir ahora en esta situación, se le propone y explica todo lo que está involucrado en este tipo de procedimiento. El paciente, por su parte, tiene que hacer un juicio de ordinariedad: tiene el deber de conservar su vida y de recuperar, en la medida de lo posible, su salud, entonces parte del hecho de que lo acepta, a menos que en todo lo que está involucrado en el empleo de este medio vea algún elemento de extraordinariedad.

¿Cuáles son dichos elementos de extraordinariedad para juzgar una situación de este tipo? Primero, una cierta imposibilidad de utilizar este medio por el paciente a causa de algunos factores: por ejemplo, un esfuerzo excesivo para alcanzarlo. Ante el juicio de proporcionalidad se dijo como primer punto que desde el punto de vista del médico cabe considerar si existe o no el medio a utilizar. Aquí el problema es del paciente, si,

por ejemplo, para utilizar ese medio tiene que viajar diariamente 300 kilómetros hasta el lugar de curación y no le es posible por muchos factores.

En segundo lugar, una experiencia de dolor físico, conectado con el empleo del medio, que resulte insoportable, que no se puede calmar. Hay que tener en cuenta que cada uno tiene un nivel diferente para soportar el dolor, y no sólo diferente entre distintas personas, sino también en la misma persona en diferentes momentos de su vida o en diferentes condiciones psicológicas.

Un tercer elemento son los costos económicos excesivos conexos con el uso del medio. No se trata de los costos públicos de los medios que brinda el hospital, sino de situaciones en las cuales la carga económica recae sobre el paciente. Si este costo es excesivo para el paciente o su familia, quien por ejemplo tiene el dinero para hacer esa curación pero sabe bien que para llevar a cabo este ciclo de terapia, al final todo sus recursos económicos estarán agotados y quedarán en la pobreza y el paciente no permitirá que su salud sea causa de la ruina de su familia. Aquí se considera un valor más alto de caridad y fraternidad, no implica un desprecio por su vida ni una evaluación económica de su vida, sino simplemente la elección, por amor a su familia, de renunciar a un bien suyo para permitir la prosecución del bien de su familia.

En cuarto lugar, la experiencia de un intenso pánico, ya lo dijeron los autores antiguos, o de una repugnancia fuerte frente a la utilización de un cierto medio.

Todos ellos son factores posibles que hacen surgir una situación de extraordinariedad. Es suficiente con uno de estos factores para crear una cierta imposibilidad moral o interior.

Hay tres factores más que no son causa de imposibilidad moral pero, al mismo tiempo, pueden constituir causa de extraordinariedad.

El primero se da cuando hay una probabilidad racionalmente alta de que ocurran graves riesgos para la vida o la salud del paciente. Aunque el médico concluya que es proporcional porque el riesgo es muy bajo, le toca elegir al paciente si el riesgo es aceptable o no. Son dos aspectos del mismo punto pero desde dos perspectivas distintas, y hay que tener en cuenta ambas.

El otro punto refiere a la eventual permanencia del paciente, en consecuencia del uso del medio que se está hipotetizando, de condiciones clínicas tales que impidan al paciente el cumplimiento de deberes morales más graves y que no pueden ser diferidas. Por ejemplo, si el médico me dice que para curar al paciente necesita mantenerlo por un tiempo en una situa-

ción de inconciencia. Supongamos que en esa situación y en ese tiempo en particular, el paciente tenga la urgencia de cumplir otro deber más urgente o grave y elija que no puede estar disponible para someterse a este tipo de curación. En ese momento, ese medio podría resultar extraordinario para él. Entonces, existe un elenco de elementos entre los cuales es suficiente que se emplee uno para que, con el paciente en esa situación, ese medio resulte realmente extraordinario para la conservación de la vida.

TERCERA FASE

Al referir al uso de un medio de conservación de la vida, por una parte, el personal médico evalúa el uso del medio desde su punto de vista y concluye que el medio es proporcionado o desproporcionado. Del lado del paciente, tal vez desde su cama, hace la misma evaluación que el médico y concluye que el medio es ordinario, normalmente, o extraordinario, si aparece uno o más de los elementos descritos anteriormente. La conclusión lógica es que si se unen estos dos tipos de variantes, aparecen simplemente cuatro posibilidades; medios de conservación de la vida cuyo uso en una determinada situación puede resultar:

- a- como proporcionado y ordinario;
- b- como proporcionado y extraordinario;
- c- como desproporcionado y ordinario;
- d- como desproporcionado y extraordinario.

A la luz de esto, se necesita sólo añadir que desde el punto de vista de la obligación moral existe:

- el deber de utilizar un medio;
- la facultad o simple posibilidad de utilizar el medio;
- el deber de no utilizarlo, la ilicitud.

Éstas son las tres posibilidades desde el punto de vista ético, la obligatoriedad en el empleo, la opcionalidad y la ilicitud. Sólo falta unir las tres posibilidades con los precedentes para llegar a la solución práctica. Están los dos protagonistas y, al centro, la cuestión del uso del medio de conservación de la vida.

Si el médico ha concluido en su juicio que el empleo del medio es proporcionado para ese paciente en esa situación clínica y el paciente, por su parte, ha concluido que para él no hay elementos de extraordinariedad, entonces desde el punto de vista ético, el empleo de este medio resultará obligatorio por parte del paciente, y el médico, en la medida que lo tenga disponible, tiene la obligatoriedad de proporcionárselo al paciente.

Si en la misma situación el médico dice que el medio es proporcionado y el paciente concluye que para él hay un elemento de extraordinariedad, la conclusión ética es que el empleo de este medio simplemente es optativo o facultativo, no significa que no haya que utilizarlo, simplemente que el paciente

puede elegir entre utilizarlo o no. Permanece la excepción muy antigua de que este empleo normalmente optativo podría tornarse en obligatorio si el empleo del medio en cuestión es la única posibilidad del paciente de cumplir otros deberes más importantes y urgentes.

Otra posibilidad es si el juicio del médico es que el uso del medio en esa situación por ese paciente resulte desproporcionado, es decir, no adecuado para alcanzar el objetivo de salud y de curación propuesto. Si es así, según este razonamiento, ya sea que para el paciente resulte ordinario, es decir, sin elementos de extraordinariedad, ya sea que haya para el paciente un elemento de extraordinariedad, me parece que el empleo de un medio desproporcionado, médicamente hablando, siempre resulta **ilícito**, porque siempre es el empleo de recursos sanitarios que se sustraen a los otros para nada. Pero no es que los moralistas tengan siempre la mirada sobre los particulares, hay que modificar poco a poco esta última afirmación, porque cuando se habla de un medio desproporcionado, pueden entenderse en realidad tres posibilidades de desproporción:

- el medio genera cierto beneficio, pero no es suficiente para superar los eventuales efectos colaterales nocivos;
- el medio no le procura efectos a ese paciente;
- no sólo no procura efectos, sino si se sigue utilizando causa daño al paciente.

Ahora, hay una única posible excepción que deriva del primer caso (brinda un beneficio, pero no es suficiente para justificar todos los efectos negativos que están involucrados u otros efectos colaterales negativos) cuando, aunque sea un medio desproporcionado, represente, por parte del paciente, la única manera de cumplir otros deberes muy urgentes, absolutamente impostergables. Por ejemplo, que un tipo de fármacos le permita prolongar un día de vida, que no es nada y causa muchísimo sufrimiento. Normalmente el médico diría que no es proporcionado, médicamente hablando, pero si para el paciente ese día es fundamental, por ejemplo para reconciliarse con Dios, sólo en este caso el empleo también de un medio desproporcionado, es lícito y el paciente libremente puede elegir utilizarlo o no.

LA ÉTICA DEL MORIR DESDE LA MEDICINA LA MUERTE BIOLÓGICA

Dra. Teresa M. Fraix

- Doctora en Medicina
- Cardióloga
- Profesora (Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Rosario -UNR-)
- Miembro del Instituto de Bioética (PUCA, Sede Rosario)
- Miembro Suplente del Tribunal de Ética (UNR)
- Responsable de Implementación de Ética y Conducta Profesional Pregrado (Facultad de Ciencias Médicas, UNR)
- Docente en posgrado universitario
- Ex fundadora e integrante del Comité de Ética Asistencial, Maternidad Martín (Rosario)

Palabras clave

- Muerte
- Eutanasia
- Distanasia
- Ortotanasia

RESUMEN

La Dra. Fraix afirma que la muerte no es parte de la vida, sino que es indicadora de su fin. Establece que la muerte es un momento que no se puede determinar ni definir, porque no se conoce su esencia, pero explica que es precedida de una etapa que es el morir, y seguida de otra que es el cadáver y su descomposición a sus elementos simples. La muerte del ser humano, que es persona, importa no sólo como muerte biológica sino por las connotaciones afectivas, psicológicas, sociales y espirituales que conlleva. La etapa del morir, por otro lado, sí es parte de la vida, y es en ella en la que deben trabajar los médicos. La ética se enfrenta a sus diferentes etapas con problemas distintos. Finalmente, se aborda el tema de la dignidad: el paciente tiene derecho a morir una muerte digna, y la eutanasia se perfila como la negación del verdadero derecho del paciente a morir con dignidad.

La muerte no es parte de la vida, es indicadora de su fin. Pero si la muerte *en sí* no es parte de la *vida*, el morir sí se inserta y forma parte de los acontecimientos vivenciales de la persona. La vida y la muerte se complementan. Las fronteras entre la vida y la muerte son difíciles de delimitar, [1] y adentrarse en ella

supone ingresar al terreno de lo gris.

¿Qué es el morir? Es un proceso: natural, porque es el fin de todo lo viviente; universal, porque acontece a todo lo viviente; único, porque no se repite en el mismo individuo.

La muerte es, para Diego Gracia, " un constructo social". [2] Sin embargo, la muerte es un hecho biológico común a la materia viviente, *inmodificable e irremplazable* aunque su vivencia, concepto y rituales en la muerte humana, puedan constituir un constructo social. El ser humano es el que define su muerte como algo con significado y trascendencia, en relación con el ser persona trascendente.

LA MUERTE BIOLÓGICA

¿Qué entendemos por muerte biológica? La muerte en sí no es biológicamente comprobable; lo que la Biología detecta es que un ser humano ha muerto porque su cuerpo presenta signos de pérdida irreparable de las funciones básicas que lo mantienen con vida. La muerte es un momento que médicamente no podemos determinar ni definir, porque no conocemos su esencia. Sabemos que está precedida de una etapa que es el morir, y seguida de otra que es el cadáver y su descomposición a sus elementos simples.

[1] THOMAS L. V., *La Muerte*, Ed. Paidós, 1991.

[2] GRACIA Diego, *Ética en los confines de la vida*, vol. 3, Ed. Búho, 1998.

La muerte de los seres complejos es distinta a la de los unicelulares. Los unicelulares se multiplican por fisión y en este sentido no mueren una muerte programada. Los seres complejos mueren por una muerte programada, en la que sufren la pérdida del mantenimiento de su complejidad.

En el ser humano, eminentemente complejo, la funcionalidad vital y la interrelación con el medio es mantenida por los centros encefálicos contenidos en el tronco, cerebelo, corteza y las interacciones entre sí. Mientras vive, el ser viviente mantiene su estado y unidad estructural y funcional, que le permiten sobrevivir organizadamente en la complejidad. Sólo sabemos, biológicamente, que los seres vivos tienen un período de vida establecido, programado por su apoptosis, después del cual sobreviene su muerte y su desintegración orgánica. Durante el proceso del morir, el estado estructural y funcional se deterioran, conduciendo a la desorganización biológica y a la muerte que es su punto final.

Pero en el cadáver la persona ya no está; esa unidad terminó en el momento de la muerte, aún cuando en las primeras etapas de la constitución del cadáver algunos órganos o células persistan con vida. La desintegración cadavérica tiene etapas en las cuales progresivamente los tejidos y células van muriendo. Los tejidos cerebra-

les son los primeros en hacerlo. Pero ésta no es la vida del ser. La vida del ser se pierde cuando ya no puede mantener la integridad funcional de todo el organismo.

Esta integridad se mantiene gracias a los centros encefálicos, por eso se habla hoy de muerte encefálica, es decir, de todo el encéfalo: de la corteza, y del tronco, bulbo, protuberancia, cerebelo, comprendiendo no sólo la ausencia de función sino también la destrucción anatómica de los componentes celulares que aseguren su *irrecuperabilidad*. A pesar de la controversia que la muerte encefálica suscita, es actualmente mantenida universalmente como aceptable.

La muerte encefálica "es la cesación de las tres funciones del encéfalo: respiratoria, motora de reflejos, y de vigilancia o conciencia, en límites por debajo del coma, sin haber administrado drogas depresoras del sistema nervioso central, sin relajantes musculares o hipotermia provocada (que puedan simular una muerte y equivocar el diagnóstico). El requisito básico para demostrarla es la pérdida *irreversible* de las actividades corticales y del tronco cerebral, asociada con apnea y coma, con demostración de irreversibilidad del cuadro, por parálisis bioquímica y autólisis encefálica". [3] La certificación de muerte encefálica no es

[3] *Muerte cerebral en Pediatría, Escala Morlan para diagnóstico cuantitativo de muerte cerebral*, Archivos Médicos Peruanos, 19 (4):30-40-2002.

simple y debe ser rigurosamente efectuada por un grupo de profesionales, con todos los elementos técnicos requeridos para tal efecto.

En 1980 la Comisión Presidencial de los Estados Unidos da un modelo legal de muerte basado en los Criterios de *Harvard University*, y la Asociación Médica Americana en 1981 establece como definición que “un individuo se considera muerto cuando se ha producido: cese irreversible de las funciones circulatorias y cardíacas; o cese irreversible de todas las funciones del cerebro incluyendo tallo cerebral. La determinación deberá efectuarse de acuerdo con los parámetros establecidos”.

Cuando lo *no funcionante* es la corteza cerebral, pero la respiración y la circulación se mantienen espontáneamente, el ser está vivo, y de acuerdo con el estado de su corteza cerebral puede tratarse de un coma o de un estado vegetativo.

Juan Pablo II, [4] refiriéndose a la muerte, decía: “La muerte tiene lugar cuando el principio espiritual que asegura la libertad del individuo no puede ya realizar sus funciones en y sobre el organismo, cuyos elementos dejados a sí mismos se desintegran”.

¿Cómo nos enfrentamos los médicos a la muerte? Como muy bien lo expresara L. V. Thomas: “En cierto modo no hay muerte, sólo el moribundo y el cadáver y por extensión todo lo que mata o es destruido”. [5]

La muerte y el dolor, las dos realidades permanentes de la vida, son compañeras habituales en el quehacer médico. Estamos habituados a combatir las, pero sabemos que no podremos eliminarlas. Heidegger decía que desde que nacemos estamos ya maduros para morir.

La muerte hoy es *medicalizada*, el paciente por lo general muere en un hospital; negada, al muerto se lo maquilla para darle vida, para que parezca sumido en un placentero sueño; la muerte se trivializa en los medios y ya es sólo una noticia más. Al negarla se oculta su significado profundo y al impedir su vivencia se priva al moribundo y a los que lo rodean del aspecto enriquecedor de la misma.

LA ÉTICA DEL MORIR

La muerte es un momento que no podemos detener, precedida por etapas que constituyen el “morir”, y seguida por la destrucción del cuerpo biológico que constituye el cadáver, y su desintegración posterior en sus constituyentes

[4] JUAN PABLO II, *Insegamenti*, Ed. Vaticani, 1991.

[5] THOMAS L. V., *Antropología de la muerte*, México, Ed. Payot, reimpresión, 1993.

esenciales más simples. La muerte es parte de un proceso, no un proceso.

En Medicina interesan, sobre todo, las etapas previas que constituyen el morir, el paciente muriente y el paciente moribundo.

¿Y qué es un paciente muriente? Aquél que transita las etapas de una enfermedad terminal y que es una persona y no solamente un cuerpo, con sentido de vida, con valores, con sentimientos de temor, de angustia, de amor, de dolor, con la esperanza en la trascendencia que es característica de la persona.

El morir, no la muerte, es un proceso de instalación paulatina. El médico debe tenerlo presente en su relación con el paciente, así como que la muerte de un ser humano no le concierne solamente a él, sino también a su entorno: familia, allegados, equipo de salud, sociedad. La ética del morir con la que se enfrenta el médico comienza, por lo tanto, por el paciente y se extiende a su familia o allegados, porque ellos también la padecen y necesitan de su atención.

La relación médico/paciente con un enfermo terminal plantea una serie de reflexiones que nos hacen transitar la *ética del morir* en Medicina.

La Dra. Hons expresaba que “la muerte propia o de un ser querido es un quiebre, una ruptura, una sensación de vacío, en la que se pierde el sentido de las cosas y de la vida”. [6] Pero es también el momento de la verdad. El que transita una enfermedad terminal se enfrenta con la verdad de sí mismo, de su vida, con la realidad de su fin, una realidad existente pero no sentida hasta ese momento, en que comenzará a vivenciar la certeza de morir. Y de ese enfrentamiento pueden surgir la paz o la desesperación.

De todas maneras es una experiencia profundamente vital, que corresponde en derecho a ser vivida por el paciente. El médico no debe impedirla ni anularla. A través de ella, quien la padece puede crecer y madurar, tal vez como nunca lo había hecho. Quizás pueda experimentar por primera vez el amor de quienes lo rodean o el amor que brinda a quienes lo rodean. Por eso debemos respetarla y permitirle, procurar que la viva enriquecedoramente, con el menor dolor, con la menor angustia posible, con esperanza, pero vivirla. Es su última experiencia de vida.

El médico se enfrenta con su enfermo muriente, cuando éste cursa una enfermedad terminal. ¿Y qué se entiende por enfermedad terminal? Se considera una enfermedad como terminal cuando se

[6] HONS D., *Réflexions sur la souffrance et son accompagnement*.

cumplen los siguientes requisitos:

- Presencia de una enfermedad incurable, progresiva y avanzada.
- Falta de posibilidad razonable de respuesta al tratamiento específico.
- Carencia de un tratamiento que pueda mejorar la enfermedad.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo de salud, muy relacionado a la presencia explícita o no de la muerte.
- Pronóstico de vida menor de seis meses.

Las etapas que se transitan en este tipo de enfermedades no siempre son las mismas y no son los mismos los dilemas éticos que se enfrentan. Se pueden clasificar a estos pacientes en:

- Al comienzo de una enfermedad terminal: paciente muriente.
- En el estadio terminal de la misma: paciente moribundo.
- En el estadio de agonía: paciente agonizante.

En todas las etapas el bienestar físico, psicológico y moral son los objetivos que se deben procurar. En todas ellas el médico debe evidenciar compasión, prudencia y respeto por la dignidad del paciente, transmitir afecto y esperanza.

Asimismo, cada una de ellas plantea distintos problemas éticos. En un comienzo, cuando aún no se sospecha la existencia de la misma, el paciente "se siente bien", tal vez llevando una intensa vida productiva. Como decimos en la jerga médica, el anuncio de su estado adquiere aquí la significación de un rayo en un cielo sereno. En estos momentos la fantasía de curación y las falsas esperanzas, tienen un terreno propicio donde germinar.

El primer problema ético es el de informar, de dar a conocer la mala noticia al paciente y/o familiares. No se debe mentir, pero tampoco crear falsas esperanzas. El médico debe moverse en el plano de la realidad y de los logros accesibles, insistir en lo beneficioso y procurar la mejor calidad de vida posible, alentándolo a la vida más normal que pueda llevar. ¿Qué se le debe decir? La verdad, toda la verdad que el paciente quiera o pueda aceptar sin daños. Él mismo determinará cuándo y hasta dónde desea recibir esta información. El médico determinará el cómo para que el impacto sea menor.

¿Y si el enfermo no quiere saber? Se debe respetar su pedido. En esta situación, por lo general, un familiar o allegado es el que asume el rol de ser depositario de la información. Es una etapa dolorosa porque el paciente se enfrenta a preguntas que sólo él puede contestar.

Carl Jasper reflexionaba que se

comienza a filosofar cuando se ha sentido la desintegración. Y el paciente siente la desintegración de su vida, de sí mismo. Una etapa en la que se viven los “por qué”, los “para qué” y el sentido: ¿por qué esto me sucede a mí?, ¿para qué vivir si hay que morir?, ¿qué sentido tiene la vida, mi vida?

La atención de estos pacientes siempre debe hacerse en equipo. Y este equipo debe integrarse no sólo con profesionales de la salud sino que debe incorporar personas que lo auxilien espiritualmente.

Darle al paciente la seguridad de nuestra comprensión y de nuestro soporte frente a los rechazos, las incongruencias, las claudicaciones que se sucederán en esta relación, son de real importancia. El paciente debe sentirse apoyado, pero no secundado en lo que realmente sería un despropósito.

La última etapa es aquella en la cual el tratamiento curativo ya no da más y debe ser suspendido. En este momento la relación médico/paciente adquiere un aspecto especial. Debido a la proximidad de la muerte y a la muy deteriorada calidad de vida, es una etapa difícil. Una etapa en la que el paciente y sus familiares, y por qué no también su médico, pueden sentirse incapaces de sobrellevar. Una etapa en la que se vive el dolor de la pérdida: los seres amados que se dejarán, los proyectos que quedarán trancos. Esta

hora de la verdad lamentablemente siempre se vive en soledad, a pesar de la compañía de otros.

Con amor, con paciencia y con dedicación, el médico debe comprender esta situación y ayudar a su paciente. En este momento el auxilio espiritual es impostergable y debe ser suministrado de acuerdo a las creencias, valores y convicciones del paciente. Un psicólogo y un sacerdote, de acuerdo a las creencias del paciente, son en este momento de gran ayuda. Como médicos ya no es posible curarlo, pero sí cuidarlo, aliviarlo, reconfortarlo, aplicar no ya la ciencia pero sí el arte de la medicina.

EUTANASIA Y DISTANASIA

En esta etapa sobreviene el planteo de la eutanasia, y la realidad tan difícil de comprender y manejar de la distanasia, a veces por voluntad médica y otras por el requerimiento de la familia, para prolongar indefinidamente la situación. Los planteos éticos juegan un papel primordial en la relación de este momento.

La medicina paliativa tiene aquí una importancia fundamental, ya que se ocupa no sólo del paciente sino también de su familia. El estado agónico es de corta duración, pero también aquí el médico debe acompañarlo. A veces, sólo es suficiente con su presencia, con una mano sostenida con calor humano y con

una actitud en la que se entienda que lo comprende aunque no pueda contestar a sus interrogantes. El no saber qué decir en estos momentos, el no saber cómo expresar lo que siente y lo conmueve, conduce a los médicos a retacear su presencia. El médico Kírilov y su esposa frente a su hijo muerto, en el relato de A. Chéjov, expresa: "Las palabras por más bellas y profundas no surten efecto, y la suprema expresión de la dicha o la desgracia puede a veces ser el silencio". [7] El médico silencioso también cumple su misión de ayuda.

El moribundo sigue siendo persona y sigue teniendo derechos. Edgar Morin [8] lo describe como "alguien por quien nada podemos hacer para impedir que muera... pero que permanece aún en la vida. Está entre la vida y la muerte con vivencias propias". Y estas vivencias propias deben ser respetadas. El moribundo en estado agónico tiene derecho a un lugar en donde vivir su muerte, rodeado del afecto de sus seres queridos, derecho a decidir y a expresar sus últimas voluntades y a que se respeten, a que se lo acompañe y a que se lo auxilie espiritualmente de acuerdo a sus creencias.

El Comité Episcopal para la Defensa

de la Vida de España estableció los *Derechos para una muerte digna*, aplicables a un enfermo terminal: [9]

- El derecho a no sufrir inútilmente.
- El derecho a que se respete la libertad de su conciencia.
- El derecho a conocer la verdad de su situación.
- El derecho a decidir sobre sí mismo y sobre las intervenciones a las que se lo va a someter.
- El derecho a mantener un diálogo confiado con los médicos, familiares, amigos y sucesores en el trabajo.
- El derecho a recibir asistencia espiritual.

¿Qué sucede cuando se le plantea al médico la posibilidad de una eutanasia? ¿Qué se puede decir de ella? Se la define como "el acto deliberado de dar muerte a un paciente para evitar un sufrimiento", y el Comité Episcopal español, por su parte, la define como "el acto cuyo objeto es causar la muerte de un ser humano para evitarle sufrimientos, bien a petición de éste, bien porque se considera que su vida carece de la calidad mínima para que merezca el calificativo de digna". [10]

Juan Pablo II, la definió como "una acción u omisión que por su naturaleza o en la intención, causa la muerte con el

[7] CHÉJOV Anton, *Enemigo*, Ed. Plaza Janés, 1998, p. 24.

[8] MORIN E., *El hombre y la muerte*, Ed. Kairon, 1970.

[9] Comité Episcopal para la Defensa de la Vida, España, p. 13.

[10] Cf. *ibid.*, p. 16.

fin de eliminar cualquier dolor.”

El acto de dar muerte a un ser humano es sencillamente un homicidio, cualquiera sean los motivos alegados para hacerlo.

La eutanasia puede ser por comisión o activa, cuando el médico la provoca con una *praxis* médica que determina la muerte del paciente; o por omisión o pasiva, cuando no le administra al paciente aquella terapéutica capaz de mantenerle la vida.

Puede efectuarse a requerimiento del paciente, familia, representantes legales, médicos o la sociedad. Ahora, ¿tiene el paciente el derecho a morir? Sí, el paciente tiene el *derecho a morir*. Pero de modo *natural*, rodeado de afecto y de cuidados, sin que nadie acorte su expectativa de vida o la prolongue innecesariamente a costa de su padecimiento. Es decir que no tiene derecho a la eutanasia, que es la negación de sus experiencias de vida, ni al suicidio.

Tiene el derecho de vivir todas las etapas del morir, con toda la atención que demande su máximo *confort*, porque le pertenecen como experiencias vitales maduradoras de sí mismo. En este sentido la eutanasia es la negación misma del derecho del paciente a morir con dignidad.

El derecho a morir es el derecho a

vivir todas las etapas del morir con dignidad, es el derecho a vivenciar humanamente y con dignidad todas las etapas de su vida, no a morir *violentamente* por sí mismo o por otros. La muerte violenta es una muerte indigna.

En esta etapa, aunque parezca una incongruencia, el paciente puede *crecer* y a esto tiene derecho. Si el *confort* del paciente necesita de medicamentos o medidas que acorten su expectativa de vida se pueden administrar, no existe en esto ningún impedimento ético, no se trata aquí de matar sino de aliviar el dolor o el sufrimiento hasta hacerlos humanamente aceptables.

Las etapas del morir que se transitan en una enfermedad terminal, no tienen sólo un valor retórico o académico. Preparan, espiritualmente y biológicamente, si son humanamente vividas, a una buena muerte, a la *muerte digna* que todo ser humano ansía. Y a esta vivencia humana es a lo que el médico debe prestar su apoyo.

EL MORIR COMO UN DERECHO

¿Qué se debe transmitir humanamente a un paciente en estas condiciones? La esperanza en la trascendencia, el optimismo, pero no basados en fantasías sino en realidades objetivas y a su alcance. No se debe mentir, no se deben provocar falsas esperanzas, pero la esperanza debe

ser transmitida para evitar la desesperanza en la que el enfermo cae, y la mentira debe evitarse, porque le impedirá vivir como ser humano una de las etapas más importantes de su vida. Por lo tanto, el objetivo es agregar más vida a la vida que le resta.

¿Qué sucede si el médico se empeña a cualquier precio en mantener la vida del paciente, a costa de su sufrimiento, con medidas desproporcionadas, que no le aportan ningún beneficio? Está practicando lo que se denomina distanasia, una actitud no ética y que debe ser erradicada de la *praxis* médica, porque le provoca un daño y no un bien al paciente.

El Comité Episcopal español la define de la siguiente manera: "Es retrasar el advenimiento de la muerte todo lo posible, por todos los medios, proporcionados o no, aunque no haya esperanza alguna de curación y aunque eso significa agregar más sufrimientos, sin lograr esquivar la muerte inevitable sino sólo retrasarla horas o días en condiciones lamentables para el enfermo". [11]

¿Cómo situarse en ese término medio en el que no se lleve a cabo ni eutanasia ni distanasia? Atendiendo a las necesidades del paciente, haciendo aquello que le

resulta bueno y evitando lo que lo incomoda, no importa el valor terapéutico de lo que se haga.

Por otro lado, ¿qué entendemos por *suicidio asistido*? Cabe aclarar que no entra en la *praxis* médica. No se trata de un paciente terminal, sino de alguien que para evitar un sufrimiento o calidad de vida disminuida quiere morir y acude a un tercero para que le facilite los medios para lograrlo. El médico se hace cómplice de una muerte, que se transforma para él en homicidio. El problema del paciente, depresión, sufrimiento, dolor o disminución de su calidad de vida, es lo que se debe tratar desde distintos campos: psicológico, médico, social, espiritual. El suicidio no es la solución. Recordemos las palabras de Dag Hammaskjol citadas por Kübler Ross: "Ésa es la forma en que tratas de conquistar la soledad y emprender el último vuelo de la vida. ¡No! Quizás la muerte sea tu último regalo a la vida, pero no debe ser un acto de traición hacia ella". [12]

Sgreccia, refiriéndose al suicidio, dice: "Definirlo como la última libertad de la vida, significa ubicar al suicidio en la ideología de la libertad sin responsabilidad y de la subversión de los valores", [13] sin

[11] Comité Episcopal para la Defensa de la Vida, España, distanasia.

[12] KÜBLER-ROSS E., *Los niños y la muerte*, Ed. Luciérnaga, 1992.

[13] SGRECCIA E., *Manual de Bioética*, México, Ed. Diana, 1996.

abrir juicio en el grado de responsabilidad de la persona.

¿Qué se busca en realidad en el acto de matar de la eutanasia, el suicidio asistido o el aborto? Mucho se ha hablado acerca de ello. Aunque se lo disfrace con la compasión o el interés por el no sufrimiento del paciente o de la familia, en realidad se esconden otros motivos, conscientes o no. Se busca terminar con la sensación de angustia, de impotencia, de fracaso, de horror, que se experimenta tanto a nivel individual como social, frente al drama que se vive. Pero la desaparición del ser humano que provoca esas sensaciones, no las hace desaparecer. Al contrario, quedarán siempre vivientes en los ejecutores del acto. Queda, por el contrario, expuesta la exteriorización de la incompetencia, los indefinidos límites del egoísmo, el amor, declarado pero no vivido. El amor en cuyo nombre se cometen tantos errores y horrores, no da la muerte, da la vida. La muerte y el morir de cada paciente se transforman así en un verdadero desafío para la Medicina, el médico, la familia, la sociedad.

Es para el médico y el equipo de salud el desafío de sus límites, de sus creencias, de sus valores, de su propia muerte. Y solamente cuando las hayan resuelto consigo mismos pueden comenzar a

comprender y ayudar a sus pacientes moribundos. "Morir es partir y sólo parte quien no se haya retenido", al decir de Gobertus Meran. *Permitir partir* es el supuesto de una muerte digna y pacífica. Permitir partir significa para el médico aceptar la muerte en su momento justo, permitir a la persona morir.

El sufrimiento humano al que se enfrenta el médico con sus pacientes moribundos, "descubre el hombre al hombre y le descubre la sublimidad de su vocación". [14]

La muerte de un ser humano siempre tiene un significado. No es sólo la muerte de un ser aislado, se expande a sus allegados, al equipo de salud, a la sociedad en la cual está inmerso, como las ondas que se producen cuando se arroja una piedra al mar. Aun la del no nacido, sin nombre y sin lugar en el mundo, aun la del pordiosero anónimo, ignorado, que ha perdido su lugar en el mundo y que muere solo en una calle. Aun estas muertes golpean en la sociedad aunque ésta prefiera ignorarlas.

¿Qué debemos hacer con nuestros moribundos? Permitirles morir en las mejores condiciones, permitirles vivir todas las etapas de su vida, cuyas dimensiones nadie conoce, hasta sus últimos momentos, de la mejor manera, con la

[14] *Juan Pablo II y los enfermos*, Ed. San Pablo, 1994.

ternura y el amor de quienes lo rodean, con los cuidados que lo alivien y lo conforten, con la mayor calidad de vida

posible, con la esperanza en su trascendencia. Ésta es la buena muerte, la muerte digna, la ortotanasia.

DIMENSIÓN ANTROPOLÓGICA DE LA MUERTE

Prof. Carlota Lattuca de Pochettino

- Maestra Normal Nacional (Instituto "Ntra Sra. de la Misericordia", Rosario)
- Profesora en Filosofía y Pedagogía (Instituto Superior de Profesorado "Ntra. Sra. de la Misericordia", Rosario)
- Diplomatura en Pedagogía (Universidad Nacional de Rosario)
- Diplomatura en Filosofía (Universidad Católica Argentina, Junta Arquidiocesana de Educación Católica de Rosario e Institutos de Formación Docente de esta ciudad)
- Ha ejercido la docencia en todos los niveles del sistema educativo
- Profesora en el Seminario Arquidiocesano "San Carlos Borromeo" y en los Institutos de Formación Docente "Cardenal Antonio Caggiano" y "San Juan Bautista de La Salle" (Rosario)
- Profesora de Teología de la Educación en el Postítulo en Pastoral Educativa en los Institutos de Formación Docente "Cardenal Antonio Caggiano" y "San Juan Bautista de La Salle" (Rosario)
- Profesora de Antropología Filosófica en el Programa de Postítulos de Actualización Académica de los Institutos de Formación Docente "De la Sagrada Familia" y "Virgen del Rosario" (Rosario)
- Disertante en el curso permanente de formación para los Voluntarios de la Pastoral de la Salud (Arquidiócesis de Rosario)
- Coautora del ensayo *"Una conjunción de voces y silencios. Decir y decirse maestro"* (Ed. Stella - Bs. As. - 2000)
- Miembro del Instituto de Bioética (Pontificia Universidad Católica Argentina, sede Rosario)

Palabras clave

- Cultura de la vida
- Cultura de la muerte
- Situaciones límite

RESUMEN

Para abordar la dimensión antropológica de la muerte se presenta un análisis reflexivo del significado de la condición mortal del hombre en referencia al propio universo cultural, en la escucha e interpretación de testimonios, de significados y del pensamiento de algunos filósofos que presentan la racionalización del problema del mal y de la muerte, la irreductibilidad de las situaciones límite, y el reconocimiento y la ponderación de la dimensión espiritual fundante de la existencia humana capaz de transformar en acontecimiento de sentido el fracaso, el mal, el sufrimiento y la muerte. Paradójicamente, en la muerte de algunas personas se esclarece el acontecimiento de sentido que la vida y la muerte humana siempre albergan. [1]

Se convoca a profundizar en las manifestaciones de la espiritualidad desde una referencia concreta a lo humano del mundo y a la tematización de la muerte desde ese ángulo de visión.

“Una fe que no se convierte en cultura es una fe no plenamente acogida, no intensamente pensada, no fielmente vivida.” [2]

CULTURA DE LA MUERTE

Se presentan algunas características de nuestro universo cultural, con la viva expectativa de proponer sólo un disparador para que quien lee o escucha lo resignifique y complete desde sus conocimientos y sus prácticas.

La ya conocida expresión “cultura de la muerte” muestra que el emergente no es espontáneo, sino que es un indeseado efecto, el fruto de una mentalidad anti-vida que sobreviene no sólo a partir de los dramas personales sino que se produce más o menos intencionalmente, desde proyectos sociales, políticos y económicos signados por la deshumanización.

Se trata entonces, en este segmento de la exposición, de denunciar la cultura de muerte para anunciar la cultura de vida e invitar a construir un mundo más humano. A continuación se presentan un conjunto de “atentados” contra la vida humana, ante los cuales cabe estar alerta y ofrecer un aporte de promoción y defensa de la misma vida:

- Los imperialismos que engendran guerras para extender el propio poder,

[1] Juan Pablo II, *La buena muerte*, presentación en *Power Point*, autor: José Javier Esparza.

[2] Luigi Giussani, citando a Juan Pablo II en el Congreso internacional teológico-pastoral “*Los hijos, primavera de la familia y de la sociedad*”, organizado por el Consejo Pontificio para la Familia con ocasión del Jubileo de las familias. Roma, 10-12 de octubre de 2000.

- eliminando a los otros o sujetándolos a sus propios intereses, y sin retroceder ante la muerte de los inocentes con tal de afirmar los intereses económicos o el poder militar y político.
- Los modos de pensar y actuar que consideran al enfermo, al anciano, al minusválido, una carga de la que hay que desprenderse en aras de una eficiencia económica o de un bienestar egoísta.
 - El falso concepto de libertad entendida como la capacidad de hacer lo que a cada cual se le antoje, movido cada uno por su propio interés, contribuyendo al eclipse del valor de la vida humana y promoviendo, de esa manera, el sectarismo egoísta, instalando la fragmentación, la dispersión y el individualismo.
 - Los medios masivos de comunicación social cuando difunden la ideología del hombre superficial, liviano, *light*, cuya única referencia es su propio bienestar entendido como un consumismo desenfrenado o como un disfrute irresponsable de las frívolas ofertas de pasatiempo fácil, viviendo en un presente sin sentido.
 - La violencia provocada por el hambre, la miseria, la marginación social de grandes sectores de nuestra sociedad.
 - El abuso del alcohol, el uso masivo de drogas u otros sustitutos, o la promoción de espectáculos que conspiran contra la integridad de las personas, de su dimensión moral y del compromiso social.
 - La reducción de la sexualidad a la genitalidad y la consideración del sexo como un objeto de consumo más, desvinculado de las dimensiones psicológica, social, ética y trascendente que le son propias.
 - Campañas que buscan por cualquier medio disminuir el número de los nacimientos, especialmente en las poblaciones pobres.
 - Programas llamados de "salud reproductiva" que proponen superar los problemas de salud materno-infantil incentivando la anticoncepción y que incluyen la "anticoncepción" que no es tal, sino práctica abortiva.
 - La promoción de la despenalización del aborto haciendo caso omiso de la gravedad del crimen, que es la agresión y muerte al niño en gestación.
 - Las campañas para la prevención del sida que se concentran más en favorecer el sexo "seguro y fácil" que un comportamiento sexual constructivo de la personalidad.

- El aumento de la pedofilia, la prostitución y el pansexualismo que obedecen a una mentalidad liberacionista del comportamiento del hombre y de la mujer que no logran armonizar su afectividad con el auténtico sentido de la libertad responsable para lograr la superación de las perversiones, de los vicios y antivalores de la vida.
- La Filosofía, la ciencia y la técnica cuando facilitan la concepción y la difusión de la idea del "superhombre" entendido como un ser de una enorme capacidad de acción en diversos niveles y que no debe rendir cuenta de sus actos a nadie.

ANUNCIAR LA CULTURA DE LA VIDA

"Es urgente una movilización general de las conciencias y un común esfuerzo ético, para poner en práctica una gran estrategia a favor de la vida. Todos juntos debemos construir una nueva cultura de la vida." (*Evangelium Vitae*, 95).

"En el contexto social actual, marcado por una lucha dramática entre la 'cultura de la vida' y la 'cultura de la muerte', debe madurar un fuerte sentido crítico, capaz de discernir los verdaderos valores y las auténticas exigencias." (*Evangelium Vitae*, 95).

Si se profundiza en el propio universo cultural y en su historia se observa que las

personas han podido reconocer determinados valores objetivos como la vida, la familia, la justicia, la solidaridad, la existencia de Dios, común a todas las culturas. Lo religioso ilumina la verdad sobre la persona humana y le otorga el significado profundo de su pensamiento, de su acción y de su experiencia de vida. Sin embargo, nos encontramos con que la religión y la espiritualidad no son siempre equivalentes. Hay personas sin religión que desarrollan una gran espiritualidad gracias a la meditación, la contemplación, la compasión.

La experiencia del amor, y por ende del valor de la vida en la familia, que es el primer ámbito que anuncia la cultura de la vida y pone los cimientos para construir un mundo más humano, es el espacio configurador de la identidad de sus miembros en lo que se refiere a valores, visión del mundo y comportamientos. La familia se ha convertido en muchos casos, especialmente para los jóvenes, en un refugio de contención donde estar y vivir, donde recibir afecto sin cuestionamientos ni conflictos.

Asimismo, la educación ocupa un lugar fundamental. La educación implica la recuperación de la verdadera racionalidad del hombre, a fin de ofrecer un claro significado del valor de la vida humana. Es de vital importancia que los educadores establezcan un diálogo crítico entre los valores de la cultura de la vida y las manifestaciones de la cultura de la muerte. Esta tarea educati-

va implica hoy una dosis de heroísmo, dado el cúmulo de intereses económicos, ideológicos, de estrategias de poder, a los que hay que enfrentar con decisión y valentía.

Cabe destacar la frecuente aparición de proyectos que se concretan mancomunadamente a fin de superar los condicionamientos estructurales de la pobreza y la miseria, la marginación y la exclusión, que son el caldo de cultivo de la cultura de la muerte. Al mismo tiempo, a aquellos grupos de personas que manifiestan que necesitan contar con políticos y líderes sociales que se jueguen por la vida y, en la gestión pertinente, promuevan el bienestar económico, social, ecológico, cultural y espiritual de todos.

En esta ponderación de la muerte desde lo antropológico se trata fundamentalmente de profundizar en las manifestaciones de la espiritualidad humana, [3] ya que el llamado a la construcción de un mundo más humano requiere una referencia más concreta a lo humano del mundo y a la tematización de la muerte desde ese ángulo de visión.

La dimensión dramática de la condición humana: el fracaso, el mal, la muerte

Nunca puede contestarse adecuada-

mente a la pregunta de qué es el hombre, si no se afronta también el problema de los límites de la existencia personal e histórica y el de la posibilidad final de llevar a término la empresa humana. ¿Es posible encontrar un fundamento de esperanza que permita afirmar el sentido de la vida a pesar de la presencia del fracaso, del mal y la muerte? ¿Es posible salvar de la muerte la existencia personal y alcanzar una esperanza fundada y un futuro absoluto para la comunidad que ahora se está construyendo en la historia?

¿A qué llamamos fracaso? Así denominamos a cualquier intento de asumir un valor que se hunde y acaba de hecho en la nada.

¿A qué llamamos mal? A la experiencia de situaciones que parecen estar en contraste con las justas exigencias del hombre o que frustran los ideales que intenta realizar en la historia.

La experiencia del fracaso y el mal es vivida existencialmente como sufrimiento o dolor. El sufrimiento puede ser de naturaleza fisiológica y, en tal caso, se habla generalmente de dolor (que tiene también un significado psicológico). El sufrimiento psicológico o moral aparece cuando el hombre se da cuenta de algu-

[3] Notemos que en la historia de la Filosofía, la Antropología filosófica como disciplina tiene "fecha de nacimiento" en las primeras décadas del siglo XX, con la Filosofía de Max Scheler que ubica en el "espíritu" la especificidad de lo humano.

na carencia o de algo que va mal. El sufrir es un modo de conocimiento existencial, a la vez, del valor y de la falta. Las causas del sufrimiento están en las relaciones con los demás, en las situaciones materiales, en los defectos corporales, en las enfermedades, en los dolores físicos. En muchos casos el sufrimiento impide obrar humanamente, trabajar, participar en la vida con los demás.

Quando hablamos de mal moral nos referimos a ese mal que es consecuencia de la opción libre de las personas. Emmanuel Mounier afirma al respecto que el daño, el sufrimiento causado a otros madura el descubrimiento de lo moral. [4]

Ante el mal no es posible dejar de tomar una postura: rebelión, fatalismo, fuga o búsqueda de una explicación; la inteligencia desea comprender y se pregunta: ¿por qué? ¿Para qué sirve esto? ¿De dónde viene el fracaso y el mal? ¿Es definitivo e irreversible este fallo de la actividad humana?

El fracaso y el mal se presentan como realidades antropológicas. A continuación se enuncian dos tipos de *soluciones intelectuales* al problema del mal.

a) Los que consideran el problema del mal como un problema puramente antropológico e histórico, plenamente inteligible a nivel humano y radicalmente recuperable por obra del hombre en el progreso de la historia.

b) Los que reconocen las dimensiones antropológicas del problema sin reducirlo a ellas: en el fracaso, en el mal y en la muerte se revelan las dimensiones metafísicas del hombre. La comprensión del mal no podrá nunca hacerse fuera del misterio metafísico de la existencia y la solución no podrá alcanzarse fuera del contacto con la fuente última de la existencia; entonces el mal deja de ser un problema puramente intelectual (en la esfera de la explicación) para manifestarse como misterio en el que está envuelto todo el significado de la existencia.

¿El fracaso y el mal dejan subsistir, entonces, ese núcleo que puede realizar el significado de la propia existencia?

En algunos intentos de racionalización del mal, como en el caso de G. Leibniz y Teilhard de Chardin, se llega a una negación de las dimensiones cosmológicas y sociales del mal y aun del mal

[4] "El sentimiento de la impureza, de la mancha personal es valedero, pero está aún demasiado próximo al cuidado egocéntrico de la integridad. (...) Es mejor un encuentro, y mejor aún la viva y perturbadora herida del mal hecho a otro. Sólo el sufrimiento madura bien el *cogito* moral. El alma habituada -al mal o al bien- surge por la herida sufrida por su debilidad, del círculo mágico que la contenía." MOUNIER, E., *El personalismo*, Eudeba, Buenos Aires, 1968, p. 45.

como tal. Estos autores invitan a descubrir el significado de todo mal y sufrimiento con una mirada más amplia; su sentido positivo estaría demostrado, en cierto modo, por su consistencia reveladora y educativa, ya que abren a la comprensión y a la solidaridad, pero el mal siempre sería aparente y nosotros lo veríamos como tal por nuestra imperfección. Esto, sin embargo, puede conducir a una actitud de pasividad y fatalismo. Si estamos en “el mejor de los mundos posibles”, según afirma Leibniz, poco o nada nos queda por hacer. El otorgar a las enfermedades, los sufrimientos, las fatigas, las luchas, los conflictos, las derrotas, *siempre y sólo* un sentido positivo, puede no resaltar suficientemente la *responsabilidad* del hombre que es injusto con los inocentes o que abusa de la libertad y el poder con egoísmo, desconsideración e inconciencia.

Las situaciones límite, actitudes existenciales

Como claramente lo afirma John H. Newman [5] el hombre tiene respecto de las cosas un conocimiento nocional y un conocimiento real. Ejemplifiquemos con lo que Jaspers llama situaciones límite:

hay en la existencia humana ciertas situaciones diversas de las demás (todo hombre tiene que enfrentarse con ellas) que dejan “un conocimiento real”.

“Llamo situaciones límite a las siguientes, a saber: que siempre me encuentro en situación, que no me es posible vivir sin sufrimiento y sin lucha, que inevitablemente me cargo de culpas, que tengo que morir”.

Es posible conocer teóricamente las limitaciones de la vida pero el atravesarlas personalmente deja una experiencia que es en cierto modo ineluctable e incommunicable.

¿Qué actitudes toma el hombre ante las situaciones límite? Huida. Fatalismo. Rebelión absurda. *Amor fati*: aceptación fría. Compromiso en la esperanza.

A. Camus no se abre a la perspectiva religiosa pero defiende desesperadamente el significado de los valores vividos: “Incluso donde la razón afirma que todo es absurdo, la vida me dice que tiene algún sentido aliviar los sufrimientos y dar de comer a un niño que tiene hambre”. El autor rechaza el suicidio, porque

[5] A principios de 1870, Newman publicó su obra filosófica principal, el “*Ensayo para contribuir a una gramática del asentimiento*”, en la que había trabajado durante veinte años. El objetivo del libro es doble: en la primera parte demuestra que se puede creer lo que no se puede comprender. En la segunda, demuestra que se puede creer lo que no se puede probar estrictamente. Newman muestra cómo, a partir de nuestro sentido de la obligación moral, podemos llegar a prestar un asentimiento firme a la realidad de Dios como presencia viviente y personal, no como una simple noción intelectual.

sería una huida, y el salto religioso, porque es, para él, inexistente. Se pregunta ¿qué queda entonces?: la experiencia concreta, ésa que en el ejercicio de la libertad vence al absurdo cuando se ocupa del pobre, del necesitado, del inocente. No obstante, el absurdo siempre se perfila amenazante en el horizonte de la existencia. ¿Es algo más que un sueño bonito que acaba en un amargo despertar? Aquí se vislumbra la necesidad de la perspectiva de superación personal de la muerte a la cual Camus no se abre. Sin embargo, afirma que en la brevedad del tiempo hay algo con sentido: la solidaridad con el que sufre. Convoca a construir un frente común contra la miseria y la muerte violenta, a rebelarse contra la muerte y contra el absurdo.

La condición mortal de la existencia

Como se expresó con anterioridad, según John H. Newman se tiene respecto de las cosas un conocimiento nocional y un conocimiento real. Ahora, ¿cuándo la conciencia nocional o general de la muerte se convierte en conocimiento real? Sin duda, ante la muerte de la persona amada.

"La estructura intersubjetiva de la existencia es determinante para la percepción de la realidad de la muerte y

para un justo planteamiento filosófico de este problema. El creyente Agustín [6] y el no creyente A. Schaff [7] se encuentran de acuerdo en esto. G. Marcel ha insistido repetidamente en el hecho de que el único planteamiento real y concreto del misterio de la muerte es el de la muerte de la persona amada". [8]

LA MUERTE HUMANA

Los aspectos biológicos y objetivos son aspectos parciales respecto de la totalidad del cuerpo humano concreto que es presencia y lugar de la realización humana.

De esto resulta que la muerte nunca es sólo, ni primordialmente, un hecho biológico, objetivo y neutro. Es todo el hombre el que muere. La muerte nos hiere en la existencia personal e interpersonal. La muerte es una condición humana.

A través del dominio sobre el propio cuerpo, el hombre domina también el mundo y consigue transformarlo y humanizarlo, pero esa misma existencia corpórea le impedirá algún día obrar humanamente en el mundo, se sustraerá a su dominio e hipotecará radicalmente el sentido de su existencia; en la muerte se desvela, aguda y concretamente, la

[6] *Confesiones*, Libro IV, 4.9.

[7] Cf. SCHAFF, A., *Marx oder Sartre*, Wien, 1964, p. 65.

[8] GEVAERT, J., *El problema del hombre*, Sígueme, Salamanca, 1984.

unidad con el propio cuerpo y la no identificación con él.

La muerte es vivida como amenaza y como violencia respecto del movimiento de realización del hombre: "La imposibilidad de todas las posibilidades", dice Martin Heidegger, en "*Ser y tiempo*". Es desarraigo del mundo definitivamente, forma irreversible de ausencia. Produce angustia y aversión que se sitúa en el núcleo de la existencia inteligente y libre.

El problema de la inmortalidad

La perspectiva de la inmortalidad personal en la vida humana no depende solamente de la reflexión filosófica. El problema es muy semejante al de la existencia de Dios. Se trata de ver hasta qué punto la reflexión filosófica está en disposición de justificar y fundamentar la perspectiva de la inmortalidad personal que se asoma espontáneamente a la experiencia humana. Esta experiencia precede a la reflexión filosófica y sobrevive aún cuando la Filosofía no llegue a formular una prueba satisfactoria desde su trabajo específico.

Es preciso reconocer la pertinencia y consistencia de las observaciones sobre el lenguaje. El problema de la inmortalidad no es en primer lugar el problema de

una continuidad espacial y temporal "después" de la muerte. Es más bien el problema de la dimensión absoluta y *metahistórica* que ya hoy está presente en el hombre en cuanto ser personal de verdad, de libertad, de comunidad: dimensión absoluta que permite afirmar que la persona concreta no desaparece con la muerte. Será necesario utilizar un lenguaje que evite peculiaridades espaciales y temporales. En vez de "más allá" y del "después de la muerte", es más adecuado hablar de vida personal eterna, de la posibilidad de realización de la persona en la comunión, en la verdad, en la libertad y en el amor.

A continuación se sintetiza lo que Héctor Mandrioni [9] propone acerca de la especificidad de lo humano:

Podemos conocer lo que produce dolor, huir de ello o sufrir cuando el dolor atrapa y también preguntarnos por el origen, la naturaleza, la esencia y la finalidad del sufrimiento. La posibilidad de estas preguntas conduce a la afirmación de la existencia de un *poder* capaz de formularlas. Ese poder que es manifestación de espiritualidad se revela como: capacidad de reflexión, que permite al hombre convertir en objeto de conocimiento al propio acto intelectual; la plena conciencia de sí mismo; la capa-

[9] MANDRIONI, H., *Introducción a la Filosofía*, Kapeluz, Buenos Aires, 1964, pp. 11. 53-54.

cidad de separar la esencia universal de la existencia concreta y particular; el poder *universalizador*; el hecho de la libertad y el ámbito indefinido de posibilidades abierto a los actos humanos; el poder de refrenar los impulsos más poderosos a fin de ajustar la conducta a la norma de un ideal percibido y valorado; el poder de conceptualizar, juzgar y razonar, la capacidad de captar el orden, vale decir, de discernir la relación entre medio y fin percibiendo la razón de medio y la razón de fin; el poder de trascender la relatividad de los actos humanos y alcanzar un contenido permanente, necesario y estable detrás de la fugacidad y contingencia de los actos psicológicos concretos; la exigencia constante de una metafísica *indesarraigable* del ser humano y que lo arrastra a la búsqueda del principio *metaempírico* de lo real; el hecho de poder preguntarse por el sentido del "todo"; la capacidad de construir la ciencia; el suceso rotundo de la cultura con la densidad de valores que arrastra; la capacidad de desarrollo y progreso indefinido que manifiesta la acción humana frente al estancamiento del comportamiento animal.

"Sin la posición excéntrica, ninguna vida espiritual, ningún pensamiento, ni voluntad, ni civilización, ni lenguaje son posibles." [10]

La muerte y la felicidad humana. Valor educativo de la muerte

La realidad de la muerte constituye una amenaza a toda pretensión humana y mundana de felicidad. La muerte parece que convierte en ilusorio el deseo de los hombres de ser felices.

El filósofo español Julián Marías considera a la felicidad un *imposible necesario*. Los fracasos, la vaciedad, el hastío, el dolor y la muerte impiden el gozo duradero de la felicidad. Pero aunque resulta imposible ser del todo feliz, la muerte, paradójicamente, aporta sentido a la vida, revela lo más valioso que podemos gozar en ella: la relación interpersonal cuya máxima expresión es el amor. Ésta es la otra cara de la realidad de la muerte. Aunque parece opacar la felicidad, nos hace descubrir lo esencial de la vida y lo único que le da sentido: amar y ser amado. Aparece así una de las manifestaciones del valor educativo de la muerte.

La muerte y el dolor de la ausencia revelan también que las personas poseen un valor incomparable con las otras realidades de este mundo. Este valor fundamental arraiga en lo que Julián Marías denomina *la condición amorosa* propia de la existencia humana, y que la muerte resalta de forma especial, sobre todo

[10] BUYTENDIJK, F. J. J., *De la douleur*, Presses Universitaires, París, 1951, p. 71.

al arrebatarnos a los seres queridos. Por ello es explicable que el anhelo de inmortalidad sea proporcional a la experiencia de amor. Esta dimensión humana permanece con valor absoluto ante la amenaza del morir. Los demás ingredientes de la existencia mundana (bienes, dinero, cultura, proyectos...) quedan relativizados por la fuerza destructora de la muerte. Y es la experiencia del amor, como condición de nuestra realización humana más plena, la que nos impulsa continuamente a anhelar la inmortalidad y a esperar que no sea una vana y vacía ilusión, sino una realidad incrustada en nuestra estructura antropológica, y, por ello, dada por Dios (cfr. E. Bonete Perales, “Ética y muerte”).

En este sentido, R. Garaudy y E. Levinas, nos convocan a acoger una invitación que se encuentra viscerada en la realidad de la muerte: romper los círculos cerrados y abrirnos por la fraternidad universal y la fecundidad del trabajo, por un mundo más humano, por la justicia, por la paz. La muerte no perdona el amor infecundo. Más que cualquier obra material o cultural, el hijo, dice Levinas, es la obra humana por excelencia. En un nuevo ser humano es preciso despertar la llama de la personalidad y del amor, mediante la palabra que se le dirige y el amor que se le da. Toda persona humana

puede emprender de nuevo esta obra: vivir y renacer infinitas veces en los hijos y en los hijos de los hijos. También se renace en los hijos espirituales, en los discípulos, en las huellas que se dejan en los bienes culturales.

Hay que notar también que la muerte relativiza todas las funciones sociales. Enseña la absoluta igualdad de todos los seres humanos, nivelándolos a todos en la misma prueba y desventura: volver al polvo de la tierra. Así se esclarece la igualdad fundamental de todos y cobra sentido el promover a los otros y el fomentar la convivencia humana. La muerte desenmascara el egoísmo y la explotación, la voluntad de poder y la sed de dominio. Nadie es indispensable ni superior en la comunidad humana.

La muerte es el límite que invita a responsabilizarnos de nuestras acciones. Nada podremos retocar ni reorientar ni rehacer.

Paradójicamente, en la muerte de algunas personas se esclarece el acontecimiento de sentido que la vida y la muerte humana siempre albergan. [11]

“La vida llena de sentido es una vida desbordante e irradiante: tiene la forma del ser que llamamos espiritual”, “el espíritu es ser y vida, idea y fuerza” dice

[11] Juan Pablo II, *La buena muerte*, presentación en *Power Point*, autor: José Javier Esparza.

Edith Stein en su obra *"Ser finito y ser eterno"*.

Bibliografía

FRANKL, V., *Psicoanálisis y existencialismo*, Fondo de Cultura Económica, México, 1950.

GEVAERT, J., *El problema del hombre*, Sígueme, Salamanca, 1984.

MANDRIONI, H. y SCHELER, M., *El concepto de "espíritu" en la antropología sheleriana*, Itinerarium, Buenos Aires, 1965.

MANDRIONI, H., *Introducción a la Filosofía*, Kapeluz, Buenos Aires, 1964.

MOUNIER, E., *El personalismo*, Eudeba, Buenos Aires, 1968.

SCHELER, M., *El puesto del hombre en el cosmos*, Losada, Buenos Aires, 1964.

STEIN, E., *Ser finito y ser eterno: Ensayo de una ascensión al sentido del ser*, Fondo de Cultura Económica, México, 1996.

Artículos de Internet

BONETE PERALES, Enrique (Profesor titular de Filosofía Moral en la Universidad de Salamanca), *Ética y muerte*.

LÓPEZ TRUJILLO, Alfonso (Presidente del Pontificio Consejo para la Familia), *La tensión entre la cultura de la vida y la cultura de la muerte en la Evangelium Vitae*.

GIUSSANI, Luigi (fundador del movimiento eclesial "Comunión y liberación"), *Cultura de la vida y cultura de la muerte*.

MADUREZ HUMANA

VIDA Y RESPONSABILIDAD

Psicólogo Eduardo Pochettino

- Psicólogo clínico
- Profesor de Psicología
- Miembro integrante del Centro Integral de Asistencia Psicológica y Psiquiátrica -CIAPP- (Rosario)
- Profesor titular de Psicología General y de Psicología del Desarrollo I (Universidad Católica de La Plata, filial Rosario)
- Profesor titular de Psicología y Cultura del Alumno (Instituto Superior "Don Bosco", Rosario)
- Profesor titular de Psicología Educativa y de Psicología y Cultura del Alumno (Instituto Superior "San Carlos Borromeo", Seminario Arquidiocesano de Rosario)
- Profesor titular de Psicología Educativa y de Psicología y Cultura del Alumno (Instituto Superior "Cardenal A. Caggiano", Rosario)
- Miembro integrante del Instituto de Bioética de la Facultad de Derecho de la UCA (Pontificia Universidad Católica Argentina, sede Rosario)

Palabras clave

- Madurez humana
- Personalidad
- Proceso
- Teorías sobre la madurez

RESUMEN

El artículo trata sobre el proceso de madurez de la personalidad, al cual se refiere como un proceso interminable, que emerge de las conductas de todo ser humano concreto en forma continua. Hace hincapié en que siempre es factible mejorar y perfeccionar la madurez humana.

Se presentan criterios destacables de diez teorías psicológicas sobre aspectos de la personalidad o de modos del funcionamiento psíquico de la persona, según diez autores diferentes. Los cuales, a pesar de tener distintas antropologías, exponen ideas valiosas para el proceder maduro del hombre. Gran parte de los autores proponen la "capacidad de amar" como conducta fundamental de la madurez humana.

INTRODUCCIÓN A LA MADUREZ HUMANA

El ser humano posee un ser inconmensurable, su existencia es tan amplia y rica que la tarea de pretender explicarla e interpretarla es ardua; somos conscientes de que los esfuerzos no serán suficientes.

Asimismo, el conocimiento de la madurez humana no se puede abarcar, es un proceso interminable; aquí se aplica aquello que se ha descubierto sobre la educación, que el aprendizaje debe ser permanente.

La posibilidad de crecer en la comprensión del hombre exige aunar esfuerzos, poner en común sus conocimientos y sus experiencias, trabajando en forma interdisciplinaria.

El ser humano concreto posee una personalidad, una *organización o configuración*, donde se distinguen distintas dimensiones, física, psíquica, social y espiritual, que tienden a crecer, desarrollarse, aprender y madurar. Cabe aclarar que madurez significa "puesta a punto", "sazón de frutos".

La definición de madurez que propone A. Bianchi es la siguiente: "Componente íntimo del crecimiento y del desarrollo de la personalidad, determinante del cambio morfológico y de la evolución del ciclo vital, del ser psicofísico".

J. Filloux, por su parte, define que "la maduración está dada por la herencia, pero actúa en función del medio; brinda posibilidades de acción que dependen del ambiente".

Constitución del ser humano, su personalidad

Existen diferentes teorías antropológicas sobre la constitución del hombre, a saber:

- 1) *Teorías monistas*: afirman que el hombre está compuesto de una sola

sustancia.

- 2) *Teorías dualistas*: afirman que el hombre está constituido por dos sustancias, alma-cuerpo, mente-cerebro, espíritu-materia.
- 3) *Teorías unitarias*: afirman que el hombre es una totalidad, es una sola sustancia, una unidad compuesta de una dualidad, alma-cuerpo, psiquismo-organismo, espíritu-materia.

Para la concepción personalista, parece oportuno presentar, más adelante, la concepción unitaria del hombre, de los siguientes autores: la visión antropológica de J. Donceel, la división heurística de la Logoterapia de V. Frankl y el círculo funcional anímico de P. Lersch.

El proceso de madurez es continuo, es permanente a lo largo de toda la vida. En todas las etapas de la evolución se da un proceso de maduración, desde la concepción hasta la vejez. Es decir que el proceso de madurez es *una evolución*, que parte de un estado de carencias, de defecto, a un estado de mayor equilibrio.

Existen, sin embargo, distintas concepciones antropológicas donde se ofrecen diversos aspectos de la madurez humana.

1. MADUREZ PARA E. ERIKSON [1]

A continuación se presenta el *Diagrama Epigenético* de E. Erikson de su libro *Infancia y Sociedad*. En el capítulo VIII, "Las ocho edades del hombre", presenta las ocho etapas psicosociales por las que evoluciona el hombre, destacando los cambios y crisis que sufre, sus progresos y regresiones, su integración y su desintegración, como su retardo. Erikson señala que estas etapas psicosociales se dan sucesivamente y en forma ininterrumpida, pero hace la salvedad que cuando se logra la meta o virtud de cada etapa, el conflicto no se resuelve definitivamente, sino todo lo contrario, el conflicto será permanente.

Para graficar la lucha que exige el conflicto de cada etapa, Erikson utiliza la imagen del metabolismo celular, siempre activo en todos los momentos de la vida; así será el proceso de maduración, requerirá un esfuerzo permanente.

El autor describe el conflicto típico de cada etapa psicosocial y la virtud, valor o fortaleza para superarlo, a saber:

[1] ERIKSON, E., *Infancia y sociedad*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1965.

ETAPA PSICOSOCIAL	CONFLICTO TÍPICO	FORTALEZAS-VALORES VIRTUDES
1 ^{ra} . EL BEBÉ (1er. año)	CONFIANZA vs. DESCONFIANZA BÁSICA	ESPERANZA
2 ^{da} . EL NIÑO (2do. y 3er. año)	AUTONOMÍA vs. VERGÜENZA-DUDA	AUTOCONTROL (fuerza de voluntad)
3 ^{ra} . EDAD DEL JUEGO (del 3ro. al 5to. año)	INICIATIVA vs. CULPA	DIRECCIÓN, PROPÓSITO (dedicación)
4 ^{ta} . EDAD ESCOLAR (de 6 a 12 años)	LABORIOSIDAD vs. SENTIMIENTO DE INFERIORIDAD	MÉTODO, CAPACIDAD (competencia)
5 ^{ta} . ADOLESCENCIA (de 12 a 18 años)	IDENTIDAD vs. CONFUSIÓN DE ROLES	DEVOCIÓN, FIDELIDAD
6 ^{ta} . JUVENTUD ADULTA (de 18 a 35 años)	INTIMIDAD vs. AISLAMIENTO	AFILIACIÓN, AMOR
7 ^{ma} . EDAD ADULTA (de 35 a 65 años)	GENERATIVIDAD vs. ABSORCIÓN SOBRE SÍ	CUIDADO
8 ^{va} . ANCIANIDAD (a partir de los 65 años)	INTEGRACIÓN vs. DESESPERACIÓN	SABIDURÍA, RENUNCIA

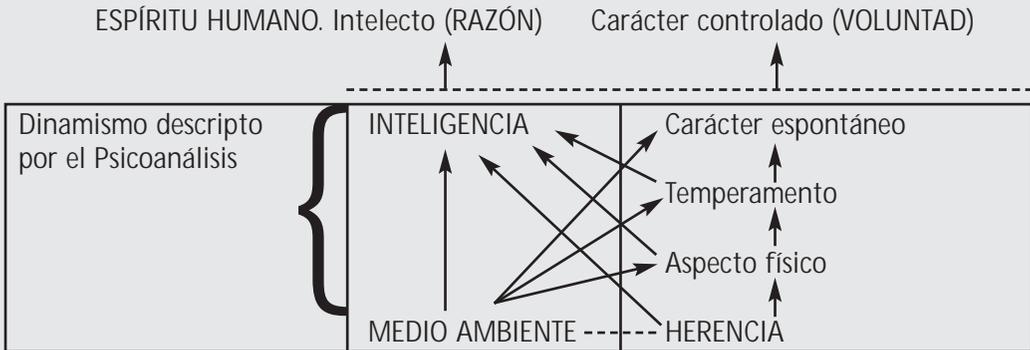
La fuerza y debilidad de cada etapa psicosocial radica en la utilización de un don, esto es, virtud o fortaleza propia de cada etapa.

2. CONCEPCIÓN ANTROPOLÓGICA DE J. DONCEEL SOBRE LA PERSONALIDAD [2]

Su concepción sobre el hombre es unitaria, lo considera compuesto de una sola sustancia que se manifiesta por sus cuasi-objetos, psiquismo-organismo, mente-cuerpo, que se relacionan con los objetos del mundo exterior.

[2] DONCEEL, J., *Filosofía del hombre*, Ed. Lohlé, Buenos Aires, 1969.

a. Cuadro sobre la personalidad



El autor considera al *yo puro*, al *yo* originante de Strasser, similar al espíritu, que no se puede expresar directamente, sino a través de sus actividades de pensar y querer, esto es, a través de su pensamiento y de su voluntad. Toda actividad del hombre es de su alma.

El alma o el espíritu humano es una sustancia completa, pero de naturaleza incompleta. Existe, pero no puede actuar sola en esta vida, necesita de sus cuasi-objetos, mente y cuerpo, psiquismo y organismo. El alma humana se manifiesta pensando y queriendo.

El espíritu humano está unido al cuerpo y tiene las siguientes características: es una sustancia. Es un ego auto-consciente. No tiene potencia para no ser, depende de Dios. Ha sido creado para siempre. Su destino es relacionarse con Dios a través de su inteligencia y de su voluntad.

El *yo puro*, *yo* originante, es la fuente de los pensamientos y de la voluntad. El *yo* no se identifica con el cuerpo (aunque *yo* también soy mi cuerpo). A través del cuerpo el hombre es beneficiado o perjudicado. El espíritu humano está sujeto a las vicisitudes del cuerpo.

El hombre tiene que realizarse permanentemente, está llamado a responder con libertad; si no responde se frustra y se destruye.

Donceel señala que el espíritu humano se manifiesta en forma específica a través de:

- su pensamiento, su capacidad de idear, enjuiciar y razonar, utilizando como vehículo el lenguaje simbólico, la palabra.

- su voluntad, llamada carácter controlado, que recibe la colaboración del pensamiento iluminando los impulsos que brindan la energía de la voluntad; elige y decide qué acción ejecutar.

El esquema que presenta Donceel explica por qué el maltrato de los impulsos puede bloquear la voluntad, como así también explica el fracaso del famoso voluntarismo de los siglos pasados.

3. LA MADUREZ PARA EL PSICOANÁLISIS DE S. FREUD [3]

Freud en muchos pasajes de sus *Obras Completas* sostiene que la madurez radica en el desarrollo de la capacidad de amar y trabajar; la diferencia con otras antropologías se encuentra en lo que entiende Freud acerca de la capacidad de amar.

Pese a las diferencias antropológicas que se pueden tener con el creador del Psicoanálisis, su concepción sobre la sexualidad ha permitido crecer en la comprensión de la afectividad en general, como así también de las enfermedades mentales y de los trastornos psicósomáticos.

Una de sus tesis es que no hay diferencia esencial entre una persona sana y una

persona enferma, desde el punto de vista psíquico; la diferencia radica en cómo se organiza la afectividad. El enfermo regresaría o se quedaría fijado en las pulsiones infantiles, causas de las enfermedades psíquicas; Freud explica estas ideas en su teoría de la sexualidad infantil.

Freud brinda dos explicaciones del aparato psíquico. Por un lado, el *enfoque topográfico* del aparato psíquico, según el cual, éste estaría compuesto por el *inconsciente*, origen de la vida psíquica, por el *preconsciente* y el *consciente*.

El proceso de maduración consistiría en hacer consciente lo inconsciente. En su artículo "El suceder psíquico" de sus *Obras Completas*, Freud explica cómo funcionan las tres zonas del aparato psíquico. El *inconsciente* se rige por el modo primario, gobernado por el principio del placer; las pulsiones buscan la satisfacción en *forma inmediata*, conductas típicas del niño que no sabe y no puede demorar sus apetencias; estas conductas en una persona mayor conducen a considerarlo una persona inmadura. El *preconsciente-consciente* se rige por el modo secundario, gobernado por el principio de la realidad; busca la *satisfacción mediata*, es capaz de esperar y hacer sacrificios para lograr lo que se

[3] FREUD, S., *Obras completas*, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1999.

NUNBERG, H., *Teoría general de las neurosis*, Ed. Pubul, Barcelona, 1937.

MANDOLINI y GUARDO, *Historia general del Psicoanálisis*, Ed. Ciordia, Buenos Aires, 1969.

propone, como por ejemplo, el estudiante que se esfuerza por estudiar y obtener un título; el deportista que se entrena para competir.

Por otro lado, describe el *enfoque estructural* del aparato psíquico, donde se reconocen tres estructuras psíquicas: el *ello*, el *yo* y el *superyo*. La madurez consistiría en fortalecer el *yo*, sujeto conductor del aparato psíquico.

El *yo* se desarrolla en contacto con el mundo por medio de las siguientes funciones: a través del percibir, que lleva a desarrollar el pensar; a través de todas las funciones motrices; a través de la función de síntesis, entre las pulsiones del *ello*, las normas morales del *superyo* y las exigencias de la realidad.

La madurez del *yo* consiste en que éste elabore las cargas de angustia neurótica, moral y real. El *yo* maduro debe decidir si puede o no satisfacer alguna pulsión.

El *yo*, para Freud, puede utilizar mecanismos de defensa contra la angustia, que son normales si son aplicados en cierto grado. Algunos mecanismos de defensa como la represión, la regresión, la introyección, la proyección, la nega-

ción, el desplazamiento, el aislamiento, la racionalización y la formación reactiva, son considerados mecanismos ineficaces porque demandan un gasto extra de energía. Por el contrario, la sublimación, llamado mecanismo de adaptación, se considera un mecanismo eficaz porque no requiere un gasto extra de energía.

El *ello* es el reservorio de pulsiones, es totalmente inconsciente. Y el *superyo* es el fruto de la resolución del complejo de Edipo, la base de la moral, el código de normas, la ley y modelo de conductas e ideales.

4. LA MADUREZ PARA E. FROMM [4]

Erich Fromm presenta una nueva visión del Psicoanálisis, llamada *Neopsicoanálisis*, donde se da más importancia a lo social y menos importancia a lo instintivo.

Fromm destaca que el problema básico de la Psicología radica en el nexo, en el vínculo que se establezca con el mundo y no en las necesidades instintivas. De todas formas, el autor reconoce que las necesidades son comunes a todos los hombres (hambre, sed, necesidades sexuales, etc.). Afirma que ciertas diferencias de carácter, amor, odio, poder, sumisión, son producto del proceso de socialización.

[4] FROMM, E., *Ética y Psicoanálisis*, Ed. F.C.E., México, 1986.
FROMM, E., *El arte de amar*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1996.

La sociedad no cumple únicamente una función represora sino también una creadora. La naturaleza del hombre es dinámica, el hombre crea la historia, y ésta a su vez transforma la personalidad. El hombre tiene demandas instintivas similares pero como no tiene normas heredadas, tiene que aprender a vivir; como existen varias posibilidades de vivir, de actuar, de comportarse, tiene que aprender a pensar.

La vida del hombre presenta contradicciones, llamadas dicotomías, que pueden ser *existenciales* o *históricas*.

Las *dicotomías existenciales* son producto de la naturaleza, son inalterables e irreductibles. Por ejemplo: el hombre está angustiado pero puede alcanzar grados de felicidad; vive pero es consciente que va a morir.

Las *dicotomías históricas* son las creadas por el hombre. Por ejemplo: la técnica ayuda al hombre para que viva mejor, pero se la utiliza para la guerra; la religión tiene que ayudar al hombre pero a veces se le presenta como una pesada carga.

a. Proceso de individuación y socialización

El hombre, al nacer y vivir, enfrenta la angustia de su contingencia; para conservar su vida y satisfacer sus necesidades básicas debe trabajar y producir; su acti-

vidad le permite desarrollar su personalidad y superar la angustia de su debilidad.

Otro problema de la existencia del hombre es su soledad; el hombre tiene necesidad de relacionarse con los otros y con el mundo. La soledad es causa de enfermedades mentales, lleva, por ejemplo, a la desintegración. Desde el comienzo de la vida, el hombre tiene necesidad de estar en contacto con los otros, justamente el mayor temor que tiene un niño es ser abandonado.

Por otra parte, la libertad depende de la autoconciencia de sí, de percibirse como ser separado e independiente. El hombre tiene que realizar un proceso de individuación y para ello tiene que cortar sus lazos originales. Vive una verdadera paradoja: si asume su libertad y autonomía experimenta la angustia por su soledad. Si se queda con sus lazos originales, no se siente solo, pero se angustia por no desarrollar su personalidad.

Frente a la necesidad de desarrollar su personalidad y superar su soledad, el hombre utiliza mecanismos de evasión, a saber:

- 1) El autoritarismo, sado-masoquista. El masoquista busca la sumisión al otro para no sentirse solo. El sádico somete al otro, lo explota o lo hace sufrir con el objetivo de eludir la soledad.
- 2) Búsqueda de un auxiliador mágico.

Son personas que se apoyan en un poder exterior; es una forma sutil de sumisión.

- 3) La destructividad. Tiende a eludir la angustia de la soledad y del no desarrollo de la personalidad destruyendo el objeto o el propósito deseado, para no sufrir. Cuando el impulso vital se ha frustrado crece la destructividad.
- 4) La conformidad automática. El individuo deja de ser él para adoptar la personalidad que se espera de él.

Fromm también define a la personalidad, al temperamento y al carácter. Dice que la *personalidad* es la "totalidad de cualidades psíquicas, heredadas y adquiridas, peculiares de un individuo, que lo hace único". En cuanto al *temperamento* afirma que "es inmodificable". Y del *carácter* establece que "es modificable. (...) Es la forma relativamente permanente en que la energía humana es canalizada en los procesos de asimilación y socialización".

En su libro "*Ética y Psicoanálisis*", Fromm explica claramente cuáles son los nexos y los vínculos que hacen la personalidad y el carácter, y no al revés. De allí la importancia de cómo tratamos a los otros; de ello va a depender la estructuración de la personalidad.

Afirma que el carácter humano se forma a través de dos procesos: el de *asimilación*, por el cual se incorporan los

objetos dentro de la personalidad, y el de *socialización*, a partir del cual se vincula con el otro y los otros.

Asimismo, distingue dos grandes orientaciones en el carácter humano: la *orientación improductiva* en el proceso de socialización (carácter masoquista con el modo asimilativo receptivo; carácter sádico con el modo asimilativo explotador; carácter destructivo con el modo asimilativo acumulativo; carácter mercantil con el modo asimilativo indiferente) y la *orientación productiva* en el proceso de socialización (carácter productivo con el modo asimilativo del amor y de la razón).

b. Conclusiones sobre la madurez humana de Fromm

La Ética es la ciencia del arte de vivir que tiene como fundamento la naturaleza humana; procura afirmar la vida y todas sus potencialidades. Fromm cree que la Ética puede establecer normas de validez universal que tengan como meta preservar la naturaleza humana y la naturaleza en general.

Fromm propone la Ética humanista, la cual puede elaborar normas éticas: buenas (si están conformes con la naturaleza humana, si presentan valores, juicios de valor, si brindan salud y felicidad) y/o malas (si no están conformes con la naturaleza, si presentan antivalores, si ocasionan enfermedades e infelicidad).

El hombre tiene la vida, esto es indudable, y puede elegir entre vivir bien y vivir mal. Como existen muchas maneras de vivir tiene que aprender a pensar para llegar a formar una conciencia sana, que le permita tener acceso a la Ética humanista, que lo conduzca a alcanzar la virtud, que significaría tener responsabilidad con su propia existencia y evitar el vicio, que sería ser irresponsable consigo mismo.

En su Ética humanista, Fromm, plantea las siguientes situaciones:

- La consideración del valor del amor a sí mismo como productivo y necesario, distinto del narcisismo maligno, causa de necrofilia.
- La importancia de desterrar el egoísmo, que no es amor a sí mismo, sino odio a sí mismo, fruto de estar insatisfecho y de buscar satisfacciones desmedidas.
- Formar la conciencia humanista, la propia voz que juzga el propio vivir; en la conciencia cada uno guarda el sentido de la vida y los principios de la productividad.
- La felicidad se alcanza cuando el hombre desarrolla las potencialidades de la existencia humana.

- La importancia de la fe racional está basada en la propia capacidad de pensar y querer. En la medida en que el hombre ha sido capaz de desarrollar la propia capacidad de amar y razonar, se obtiene fe en uno mismo, en los otros y en la humanidad.

- La existencia del odio irracional. Fromm dice que el hombre no nace malo, sino que se vuelve malo cuando no puede desarrollar sus potencialidades.

- El amor sería la solución para la existencia humana, ya que a través de él, el hombre supera la separatividad y alcanza el desarrollo de su personalidad.

Fromm destaca que la capacidad de amar está en potencia en todos los seres humanos, es una facultad que hay que aprender a desarrollar. Considera al amor como un arte, cuya teoría y práctica hay que conocer (como consigna en su libro *"El arte de amar"*).

5. LA TEORÍA DEL PERSONALISMO DIALOGAL DE I. GASTALDI [5]

El autor, en su libro *"El hombre, un misterio"*, al recalcar los rasgos fundamentales del hombre, cita pensamientos de Santo Tomás de Aquino, quién, a su

[5] GASTALDI, I., *El hombre, un misterio*, Ed. Don Bosco, Buenos Aires, 1996.

FREUD, S., *Psicopatología de la vida cotidiana*, *Obras Completas*, Ed. Amorrortu, Buenos Aires, 1999.

PIAGET, J., *Psicología de la inteligencia*, Ed. Grijalbo, Barcelona, 1983.

vez, sostiene que el único ser que se conoce a sí mismo es Dios; en cambio, el hombre no llega a la perfecta identificación consigo mismo, le ocurren cosas cuyo origen desconoce, se le presentan torpezas, olvidos, sueños. Kant, con respecto al hombre, señala que: "Es un ciudadano de dos mundos".

Ante esta problemática, I. Gastaldi presenta su teoría del *personalismo dialógico*, visión unitaria del problema psicofísico, cuya base es la teoría hilemórfica de Aristóteles.

El personalismo dialógico es una antropología de la intersubjetividad; en ella se destaca el hombre como centro de reflexión, poseyendo una escala de valores, con proyecciones socio-políticas y con el anhelo de vivir en paz.

La principal atención se asienta en las relaciones con las personas y, en segundo lugar, con las cosas. Se destaca la importancia del tú para el yo, como lo han señalado famosos pensadores como E. Mounier, M. Buber y E. Levinas.

Para I. Gastaldi la apertura a los demás es fundamental para la superación del individualismo; éste sería una acentuación de la individualidad; las personas presas de este modo de ser se sienten más acreedores que deudores de los demás. Un exponente trágico del individualismo fue Nietzsche para quién el

prójimo es "un mal inevitable".

I. Gastaldi critica el individualismo religioso, en el que sólo importa la salvación del alma individual; el individualismo económico, de Locke, en el que se reconoce al que tiene propiedad; el individualismo de A. Smith, en el que todo está librado a la oferta y a la demanda (estimuló la insensibilidad de la época contemporánea); el individualismo de J. Rousseau, quien afirmó que "el hombre es bueno, la sociedad lo vuelve malo".

El autor reflexiona que "en la época moderna se llega a dominar la materia, y de allí equivocadamente se trata de dominar al hombre". Al mismo tiempo, también critica el colectivismo marxista, que absorbe al individuo en la sociedad.

El personalismo dialógico de I. Gastaldi tiene como instrumentos de realización la palabra y el amor. Las palabras, símbolos y signos, son de uso exclusivo del hombre, le permiten pensar, manifestación específica del espíritu humano; personalizan al hombre.

El amor que permite superar el individualismo, consiste en dar y recibir, no se puede lograr sin el contacto con el otro y los otros.

El hombre es un ser social, posee una interioridad abierta, es un ser en comunicación; aquí es útil recordar la frase de

Kierkegaard que afirma: "La puerta de la dicha se abre tirando hacia afuera, quien pretenda abrirla tirando hacia adentro la cierra". Sartre afirma lo opuesto: "El otro es una amenaza". Para el cristiano, por otra parte, el otro es ocasión de desarrollo y de maduración, en el rostro del hombre se refleja a Dios. Justamente la Biblia destaca la condición social del hombre: "No es bueno que el hombre esté solo". Dios llama a cada uno personalmente, pero no para vivir aisladamente. El Magisterio de la Iglesia acentúa la sociabilidad del hombre para poner freno al individualismo liberal y al materialismo colectivista. En este aspecto, la encíclica "Mater et Magistra", señala que la socialización es un signo de los tiempos. Theilard de Chardin, por su parte, considera al hombre un ser en el mundo, que se desarrolla en el mundo.

6. LA PERSONALIDAD MADURA DE G. ALLPORT [6]

Después de analizar significados teológicos, filosóficos, éticos, sociológicos, de las ciencias jurídicas, y perspectivas biofísicas y psicológicas, Allport, hace una síntesis de todo ello y presenta su definición de *personalidad*: "La personalidad es la organización dinámica de los sistemas psicofísicos de un individuo que determinan

sus ajustes únicos al medio circundante".

Define al *carácter* como un "rasgo preponderante de la personalidad", una "estampa", un "estilo de vida", "una forma de voluntad", y como "grados de organización éticamente eficaces de todas las fuerzas del individuo".

Al *temperamento* lo describe como "el clima interior", es más, como "el clima subjetivo provisto de dotes fisiológicos y psíquicos innatos".

Respecto de la *personalidad sana* enuncia que ésta "domina activamente el ambiente y presenta cierta unidad. Posee capacidad de percibir activamente al mundo y a sí misma".

En cuanto a la *personalidad madura*, define que la misma no pide demasiado a los demás, no pierde contacto con los demás, se dirige a los objetivos propuestos, posee resistencia al *stress*, posee principio de realidad e *insight* (comprensión súbita) de sí mismo, integra la dimensión ética, logra aceptación intrapersonal e interpersonal, es menos egoísta, y posee pocos indicios de neurosis.

Allport señala en sus obras que la personalidad madura debe adquirir tres cua-

[6] ALLPORT, G., *Psicología de la personalidad*, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1961.

ALLPORT, G., *La personalidad*, Ed. Herder, Barcelona, 1986.

SPITZ, R., *Primer año de vida*, Ed. Aguilar, Buenos Aires, 1966.

lidades: la extensión del yo, la auto-observación y una filosofía unificadora de vida.

La *extensión del yo* se logra desarrollando la capacidad de amar a los otros, como así también cultivando la simpatía y la empatía. El verdadero amor huye de la dominación, evita dominar a los demás, no es una carga para los otros. Los ideales hacen crecer nuestro yo. El período de la oposición o de la negatividad fortalecen al yo en dos momentos especiales de la evolución humana: de los dos a los cuatro años, cuando el niño afirma su incipiente yo a través del vocablo “no”, tercer organizador de la personalidad descrito por R. Spitz, y en la pubertad de 12 a 14 años, cuando se opone a los adultos sistemáticamente, buscando afirmar su yo, ajetreado por la crisis sexual. Este período de oposición, al que también se lo llama de terquedad y de obstinación, es la base de la voluntad futura.

La persona inmadura sólo se preocupa por sí misma, no posee amor generoso. Las personas maduras saben tolerar las situaciones de carencia sin frustrarse, no tuercen la realidad para ajustarlas a sus necesidades y fantasías.

La *auto-observación* conduce al conocimiento de uno mismo y a desarrollar el sentido del humor. Allport cita a Sócrates, quién propone: “Conócete a ti mismo”, también comenta que le parece ridículo tener conocimiento de ciertas

leyendas y no conocerse a sí mismo. El conocimiento de sí mismo sería el fruto de la introspección, evita el autoengaño. Santaya, que es otro autor citado por Allport, afirma que “nada hay que requiera tanto heroísmo intelectual que ver escrita la ecuación de uno mismo”.

Muchos confunden un sentimiento de familiaridad con el conocimiento de uno mismo; esa familiaridad nos lleva a creer que nos conocemos y nos conduce a ocultar defectos. Cabe aclarar que el conocimiento de sí mismo no es habitual. La introspección es una virtud sobre todo para el enfermo mental. El que posee introspección hace menos proyecciones y se adapta mejor a la realidad.

El sentido del humor para Meredith consiste en “reír de lo que uno ama y seguir amándolo”. El humor requiere inteligencia (es distinto de lo cómico).

Por último, Allport señala una *filosofía unificadora de vida*. La religión, como el humor, destroza la rigidez y evita la sumisión a los hechos. La vida se hace insufrible para aquellas personas que no tienen un objetivo en su vida. En la infancia, por ejemplo, no existen objetivos. En la pubertad, en cambio, surgen las tendencias metafísicas. En la adultez los objetivos se formulan. Los ancianos, por su parte, quieren mantener sus objetivos a pesar de que forzosamente tienen que disminuir sus actividades.

Según Allport la religión busca el valor que subyace en toda realidad, es la más abarcadora de todas las filosofías. La Psicoterapia reconoce en la religión un factor de salud mental, porque proporciona una filosofía de vida.

7. LA MADUREZ Y LAS SITUACIONES DE CARENCIA DE J. FILLoux [7]

J Filloux define a la *personalidad* como "la configuración única que toman en el transcurso de la historia de un individuo, los sistemas responsables de conducta". La personalidad estaría formada por la interacción dialéctica de los siguientes factores: la herencia y el medio circundante, lo constitucional y lo adquirido, lo innato y lo aprendido.

Al *carácter* lo define como la "expresión de la personalidad". Y al *temperamento* como "un concepto que hace referencia a lo biológico, remite a las estructuras anatómicas, fisiológicas, neurológicas y endocrinológicas. Explica cómo se canalizan las energías de un individuo por las estructuras del organismo".

a. Conductas y tendencias

La persona no deja de conducirse desde que nace. La *conducta* se define

como el "conjunto organizado de operaciones, seleccionadas en función de las informaciones recibidas del medio, por las que el individuo integra sus tendencias".

Las conductas son transformadas por la personalidad del sujeto, por las tendencias, por las operaciones y por los obstáculos con los cuales el individuo se encuentra. A las tendencias que la conducta integra, se las puede considerar tanto factores como productos. Para Murray, la tendencia es "la fuerza que dirige al organismo en una dirección o en otra".

Filloux, por su parte, señala cómo la personalidad está condicionada por la cultura y la sociedad. La *personalidad* se presenta a sí misma como un yo. Con motivo de este concepto, Guy Palmade afirma que "el yo está constituido por lo que caracteriza nuestra conducta". A su vez, la relación con los otros tiene mucha significación para la personalidad.

El niño capta cómo lo tratan los demás, hace suyas las acciones de los demás, se trata como lo tratan. El niño comienza a hablar de sí, en primera persona, a los tres años. La opinión ajena no nos es indiferente; si no la tenemos la imaginamos.

Cooley sostiene la teoría del *yo espe-*

[7] FILLoux, J., *La personalidad*, Ed. Eudeba, Buenos Aires, 1969.

SMITH-SMITH, *La conducta en el hombre*, Ed. Eudeba, Buenos Aires, 1967.

SELYE, H., *La tensión en la vida*, Ed. Cía. Gral. Fabril Editora S.A., Buenos Aires, 1964.

jo. Nuestro yo es como lo imaginamos en la mente de los otros, y así nos sentimos. Filloux termina su libro diciendo que la personalidad se desarrolla a través del tiempo y de la historia (es temporal e histórica). A pesar de la historia y de las distintas vivencias, la personalidad constituye una unidad y una singularidad.

La *identidad* es producto de sucesivas identificaciones, las cuales no atentan contra la unidad, constituyen la estructura dinámica de la personalidad.

b. Las situaciones de carencia son paradójales en la vida humana

El hombre necesita satisfacer sus necesidades, en caso contrario podría correr peligro su propia vida; pero a la vez experimenta paradójicamente que las carencias permiten el desarrollo, el crecimiento, el aprendizaje y la madurez del individuo.

Rapaport, seguidor de las ideas de Freud, define el *pensamiento* como la "recreación del objeto ausente y necesario"; en esta definición se manifiesta cómo la carencia del objeto permite el desarrollo del pensamiento.

En la carencia se basa la posibilidad de aprender y de madurar para el Psicoanálisis. Sin embargo, la carencia también puede ser causa de regresión, de enfermedad, de desajuste, esto es, de inmadurez.

c. Relación entre carencias y madurez

Para comprender esta relación es necesario definir a la *frustración*: "No obtener lo que se esperaba". Smith-Smith la define como "el bloqueo de la conducta motivada".

La frustración se vuelve peligrosa cuando, al no lograr el objeto que se esperaba, se produce en la organización de la personalidad, perturbación emocional y desequilibrio de la conducta.

No toda carencia y privación significa perturbación y desequilibrio; cuando la frustración es grave, se pueden presentar los siguientes síntomas: angustia, ansiedad, fatiga, insomnio, agresividad, depresión. La presencia de la agresión en la conducta de una persona es un índice claro de la presencia de algún grado de frustración.

La vivencia madura llevará a la persona a salir cuanto antes de la frustración, es decir, de la perturbación y del desequilibrio. Logrará sortear los bloqueos, aprender, atravesar las barreras rodeando las mismas o eligiendo nuevos objetos para sus conductas. Para no frustrarse y salir cuanto antes de la frustración, además de tener tolerancia ante la ausencia del objeto, se deberán superar los conflictos, especialmente los conflictos ambivalentes.

La presencia de la sublimación con la posibilidad de canalizar la energía hace

suponer que la situación de carencia no se ha convertido en frustración.

El niño por su menesterosidad está más expuesto a situaciones de frustración; cuanto más pequeño mayor posibilidad de frustrarse. De allí la importancia de la madre en los primeros momentos de la vida, que son los de mayor fragilidad, quien cumple un importante papel socializante, conteniendo al niño en las situaciones de carencia y en las frustraciones.

La madurez en la vida humana consiste en evitar frustraciones y, si el ser humano se introduce en ellas, necesita librarse de las mismas cuanto antes. Los conflictos humanos y el modo en que estos se resuelven brindan una manera de medir la madurez de la personalidad.

El enfrentamiento de la ambivalencia explica por qué hay que luchar tanto en la vida, sobre todo, a partir de la primera adolescencia (la crisis sexual hace más evidente la ambivalencia). La presencia de la ambivalencia conlleva irremediablemente angustia y dolor o cualquier otro sentimiento de naturaleza similar. De allí que muchos piensen que estas dos situaciones afectivas son connaturales a la vida del ser humano.

El hombre que no asume sus límites, que no acepta experimentar angustia y dolor, vive detrás de un ideal inalcanzable que deriva en una verdadera frustra-

ción, generando a su vez mayor angustia y dolor. Es el hombre perfeccionista, que no acepta ningún límite; toma a los límites como señal de fracaso, se auto critica y se persigue ante la presencia de la menor inquietud psíquica. Por el contrario, el hombre que acepta grados lógicos de angustia y dolor se templea en ellos, crece y madura.

De todo esto se deduce la necesidad de hacerse "amigo" de la angustia, bajo la exigencia de aceptar la propia pobreza, situación paradójal, ya que si se acepta la angustia es posible intentar superarla.

Otra situación típica del valor de la carencia ocurre al nacer. En este momento el bebé pierde el estado paradisiaco de unión simbiótica con la madre y empieza a experimentar sus necesidades que le obligan a un desarrollo personal para satisfacerlas. El nacimiento implica autonomía en la respiración, en la circulación, alcanzar grados en la alimentación y en la excreción.

En la actualidad se reconoce que el bebé vive una situación de *stress*, llamada por Hans Selye "Síndrome General de Adaptación" (S. G. A.); la persona se pone en estado de alerta y se prepara para su adecuación a la vida. El *stress* es una situación paradójal de la vida, si bien es una situación de tensión, a través de él, la persona se adapta, crece y madura. Es algo parecido a lo que sucede con la

angustia, este sentimiento penoso si se acepta, si no se puede evitar, es causa de crecimiento.

8. LA LOGOTERAPIA Y LA MADUREZ DE LA PERSONALIDAD DE V. FRANKL [8]

La *Logoterapia* de V. Frankl (1905-1997) es reconocida como la tercera escuela austriaca; surge después del Psicoanálisis de S. Freud (1856-1939) y de la Psicología Individual de A. Adler (1870-1936). Víctor Frankl (1905-1997) fue discípulo de los dos grandes maestros austriacos de Psicología. En su libro "*Psicoanálisis y Existencialismo*" al referirse a su relación con estos dos grandes maestros señala "que un enano puede llegar a ver más lejos que un gigante, porque el primero puede subirse sobre los hombros del segundo y ampliar su visión". V. Frankl se considera como un enano frente a S. Freud y a A. Adler pero apoyándose en el Psicoanálisis y en la Psicología Individual, la Logoterapia agrega una nueva dimensión: la dimensión espiritual.

Etimológicamente logoterapia significa (*logos* = sentido; *terapia* = cambio) cambio por la búsqueda de sentido. V. Frankl está convencido de que el hombre debe encontrarle sentido a todo lo que vive, ya sean cosas agradables o desagradables.

Así como el Psicoanálisis está atento a las causas del pasado y la Psicología Individual a las metas del futuro, la Logoterapia apunta al deber.

Para la tercera escuela austriaca, el no desarrollo espiritual determina las denominadas neurosis noógenas, que son neurosis espirituales; la persona sufre por carecer de sentido. Resulta oportuno recordar al respecto la frase de Nietzsche, quien afirma que "sólo quien tiene por qué vivir, soporta casi cualquier cómo".

El sentido está en los *valores*. Éstos se clasifican, según V. Frankl, en tres tipos fundamentales: los *valores creativos*, propios del trabajo y de la acción creadora, son aportaciones a la comunidad. Los *valores vivenciales*, basta un instante para justificar esa vivencia y hacer presente el valor; basta un instante de amistad para justificar la amistad. Y los *valores de actitud*, que implican la forma en que se asumen el dolor y el sufrimiento.

a. Concepciones antropológicas de V. Frankl

Para la Logoterapia el hombre no está compuesto de cuerpo, mente y espíritu. El hombre es una unidad y una totalidad indivisible. Sin embargo, tiene una *triple dimensión* (corporal, psíquica y espiri-

[8] FRANKL, V., *Psicoanálisis y Existencialismo*, Ed. F.C.E., México, 1950.

tual). La dimensión espiritual constituye lo esencial y específicamente humano, mientras que lo psíquico y corporal lo comparte con los animales.

El autor afirma la existencia de un inconsciente espiritual; en cambio, Freud vio en el inconsciente la sede de la instintividad. El Psicoanálisis sostiene que el hombre es un ser impulsado. Para el análisis existencial el hombre es un ser responsable.

Para Frankl la religiosidad no es instintiva, es personal, fruto del yo, pertenece a la persona espiritual; la religiosidad inconsciente parte del centro del hombre. Cuando esta religiosidad está reprimida "emerge la inquietud en el corazón". Lo profundo del hombre es el inconsciente espiritual. Ese inconsciente espiritual está dirigido hacia Dios, de allí la afirmación de la presencia ignorada de Dios en el fondo de toda alma humana.

En su libro *"Psicoanálisis y Existencialismo"* presenta la necesidad de encontrar el sentido a todo lo que existe a través de los valores, ésta sería la tarea específica de la Logoterapia. Asimismo, postula la necesidad de encontrar los siguientes sentidos: el sentido de la vida, el sentido de la muerte, el sentido del dolor, el sentido del trabajo y el sentido del amor.

- **Sentido de la vida**

Para muchas personas la existencia de

la muerte suprime el sentido de la vida. Para la Logoterapia, en cambio, la caducidad en vez de mermar el sentido de la vida lo vigoriza.

Obrar por el sentido del placer lleva a que el hombre actúe simplemente por las ganas que tenga. Freud sostiene, en su libro *"Más allá del principio del placer"*, que el placer quedaría reducido a lo inorgánico, esto es, que la pulsión de Muerte triunfa sobre la pulsión de la Vida.

Para Kierkegaard, en cambio, la felicidad está en comunicarse.

El hombre tiene que lograr ser consciente de los valores, y luego ser responsable con ellos; siempre la vida tiene sentido, aún en el momento de la muerte.

El cansancio es un sentimiento, y los sentimientos nunca se pueden tomar como argumentos pues pueden responder a imágenes o aspectos superficiales y no a un verdadero conocimiento. Si bien el hombre es reemplazable, cada vida humana es singular y peculiar. El hombre no debe interrogar la vida, sino que la vida lo interroga a él y él debe responder.

- **Sentido de la muerte**

Que el hombre sea mortal le da sentido a la vida. Si la vida fuese eterna se podrían dejar las tareas para mañana. Como la vida es limitada, existe la muer-

te; no se puede dejar para mañana lo que se puede hacer hoy. Asimismo, la responsabilidad surge porque la vida es irreversible y se vive una sola vez, de allí la importancia de la historia de cada uno.

Frankl señala que el hombre es una individualidad e integra una comunidad. Ser hombre significa ser-otro. En la comunidad el hombre adquiere sentido y responsabilidad. El hombre se va haciendo libre en la medida que se libera de determinismos biológicos, sociológicos y psicológicos.

No es el medio ambiente el que estructura el carácter, sino la libertad interior del hombre. La certeza de muerte sólo produce espanto en aquél que abraza una mala conciencia de su vida.

• Sentido del dolor

Los hechos de la vida humana tienen sentido más allá del éxito o del fracaso. La falta de éxito no significa falta de sentido, la plenitud del dolor no significa el vacío de la vida. El hombre madura y crece en el dolor. El hombre debe tolerar lo que el destino pone ante él, ésta es la verdadera finalidad del sufrimiento.

Percibir lo que "debe ser" es un valor. El sufrimiento provoca una tensión fecunda entre el ser y el deber ser. En el duelo, por ejemplo, al llorar por la persona perdida, la recuperamos en nuestra mente; si recha-

zamos el dolor, rechazamos sus representaciones, entonces sus recuerdos se vuelven persecutorios. Lo mismo pasa con la culpa, si ésta se acepta con el dolor que provoca, permite la reparación del daño que se ha causado; si se rechaza, la culpa se vuelve persecutoria despertando la ansiedad desorganizadora.

En el plano biológico el dolor cumple una función de advertencia. En cambio a nivel psíquico el dolor evita que el alma caiga en una situación de apatía.

La evasión, el aturdimiento y la distracción, no borran las desgracias sino el estado afectivo de quien padece las desgracias. Si se narcotiza la herida dolorosa, se corre el riesgo de narcotizar el espíritu humano.

• Sentido del trabajo

El hombre tiene que ser responsable con su persona y con su situación. El trabajo brinda la posibilidad de encontrarle un sentido a la acción. Lo que da sentido al trabajo no depende de lo que se haga sino de quién lo haga y cómo lo haga.

La situación de desocupación es un síntoma de la época, puede llevar a una neurosis de apatía. También puede generar vacío en el espíritu y crear un estado similar a las neurosis del día domingo. Sin embargo, la desocupación no determina el carácter neurótico irremediamente.

• Sentido del amor

El amor es una vivencia del otro singular y particular, significa captar el valor del otro. El ser amado por otro es una gracia, y aumenta el valor del ser amado.

El amor hace crecer, ya que abre el espíritu del que ama a la plenitud de los valores encarnados, en el otro y otros. Agudiza su mirada, ya que percibe al otro y al mundo.

Frankl distingue tres actitudes en el amor:

- La actitud sexual: de la estampa física de una persona se desprende un estímulo que despierta en otra persona su corporalidad, esto es, su sexualidad. Lo sexual llega hasta lo corporal, provoca excitación.
- La actitud erótica: el hombre siente algo más que su excitación sexual. A través del erotismo se penetra hasta la textura anímica del otro ser, a esto se lo llama enamoramiento. Se da cuando las cualidades anímicas del otro nos afectan. Frankl dice que "en el enamoramiento no se siente movido en su excitabilidad, sino conmovido en su emotividad psíquica; está conmovido por la *psique* de la otra persona, por su carácter, por sus rasgos". De todas formas, no llega al

meollo del otro ser. La tendencia erótica inmanente en la adolescencia, se revela como un anhelo de camaradería, ternura, intimidad, comprensión. En la madurez psicosexual se da una convergencia entre lo erótico y lo sexual.

- El amor es una penetración espiritual en el ser del otro: quien ama no se ve excitado en su corporalidad, ni conmovido en su emotividad, sino que se ve afectado en lo más hondo de su espíritu por el ser amado. Busca lo que el otro es, en su singularidad y peculiaridad, como incomparable e insustituible. Quien ama verdaderamente, no pone sus ojos en lo físico ni en lo psíquico, sino en lo que el otro verdaderamente es.

La excitación sexual es transitoria. El enamoramiento puede variar. El verdadero amor no varía, es la captación espiritual de lo que es verdaderamente el otro. El amor capta la esencia del otro. Es más fuerte que la misma muerte, ya que trasciende la desaparición del ser amado. Por ser espiritual, el verdadero amor capta la esencia del ser amado y puede permanecer para siempre.

El amor espiritual busca la unidad e infunde dignidad a los actos psicósomáticos. Lo importante es amar a la persona. El amor no se refiere a lo que el otro posee o tiene, sino a lo que el otro es.

Tener capacidad de elegir para construir el matrimonio, significa lograr cierta madurez erótica.

La fidelidad, por su parte, implica sobreponerse a los estados de ánimo y mantenerse en la relación que se ha elegido. La fe en la persona amada genera honradez.

b. Pedagogía sexual de V. Frankl

Para orientar a los jóvenes frente a las relaciones sexuales Frankl considera lo siguiente:

- 1- Desde el punto de vista médico-somático, las relaciones sexuales no se deben indicar ni contraindicar; se debe adoptar una actitud neutra, sabiendo que desde el punto de vista físico, ni las relaciones sexuales ni la abstinencia son causa de trastornos.
- 2- Desde el punto de vista psico-higiénico, cuando no existe una madurez psicosexual, a pesar de la madurez sexual, las relaciones sexuales deberán contraindicarse. Nunca se debe dar una indicación de tipo positivo, la decisión de tener relaciones sexuales pertenece a lo espiritual.
- 3- Desde el punto de vista ético sexual, el médico no puede aconsejar jamás

el trato sexual. La responsabilidad debe ser del propio sujeto.

Para proyectarse en el matrimonio hay que ver la capacidad que tienen los contrayentes para mantener la actitud monogámica con respecto al amor y al sexo.

El joven debe ser capaz de enamorarse y desenamorarse, debe ser capaz de hacer el corte y vivir en soledad. Debe estar atento para impedir que lo sexual prevalezca sobre lo erótico.

9. PSICOLOGÍA ESPIRITUAL DE P. LERSCH [9]

En "*La estructura de la personalidad*", P. Lersch presenta la síntesis de su teoría espiritualista, conocida como *el círculo funcional anímico*.

Su concepción sobre la personalidad se asemeja a la elaborada en la teoría psicoanalítica por S. Freud, concepción basada en las pulsiones de vida y de muerte, denominadas también pulsiones psicosexuales y thanáticas. En cambio, Lersch describe la existencia de numerosas pulsiones dándoles el nombre de *polifonía pulsional*.

Presenta una visión arquitectónica de la personalidad por influencia de Von Hartman (1882-1950).

[9] LERSCH, P., *La estructura de la personalidad*, Ed. Scientia, Barcelona, 1971.

Lersch vuelve a ver al alma como el origen del fenómeno psíquico, de cuyas emanaciones surgiría el carácter. Postula superar la Psicología sin alma del siglo XIX, cree que ha llegado el momento de que la Psicología vuelva al horizonte de la Filosofía de donde nació.

Destaca la importancia de la persona como lo hizo santo Tomás (1225-1274).

Postula que:

- El hombre adulto experimenta un *hiatus*, espacio que permite pensar y actuar a la voluntad.
- Los animales poseen capacidad de vivenciar; esta capacidad disminuye a medida que descendemos en la escala de los seres vivos, desde el hombre a los seres unicelulares.
- Las *concientizaciones* permiten que los hombres orienten sus existencias.

a. La tectónica de la personalidad

P. Lersch distingue en la personalidad un estrato vital, otro endotímico y una superestructura, que alimentan al yo. Estos estratos están compenetrados.

En la personalidad *el fondo vital* presenta necesidades y aversiones; *el fondo endotímico*, da energías; y *la superestructura*, discrimina, esclarece, ordena, elige e inhibe.

b. Estructura del aparato psíquico: círculo funcional anímico



c. Concepción sobre lo psíquico de P. Lersch

El alma, la vida psíquica, se desarrolla en, con y por el mundo. En cambio, Lersch sostiene una concepción antropológica unitaria-espiritualista, deudora del hilemorfismo de Aristóteles, en síntesis, sostiene lo siguiente: "Alma-cuerpo constituyen una totalidad integrada, con dos polos coexistentes; considera la integración del espíritu y la naturaleza; propone una unidad psicósomática, psicofí-

sica, psicofisiológica, motivacional y teleológica". Sostiene la existencia de tendencias trascendentes que buscarían el absoluto.

El lenguaje es el vehículo del pensamiento. Para Platón el lenguaje es "el pensamiento expresado en voz alta". Para Kant es "hablar consigo mismo". Para Lersch, por su parte, el hombre con el lenguaje puede: identificar el mundo; pensar; librarse de las impresiones; enfrentar y denominar el mundo; clasificar y organizar el mundo; poner distancia con lo que sucede; superar la soledad.

Por otro lado, el pensar tiene como función lograr conciencia y orientación en el mundo. Aristóteles reconoce tres actividades del pensamiento: formar conceptos, juicios y razonamientos. Por la formación de conceptos se captan las esencias de las cosas. El concepto se refiere al ser y al modo de ser. A partir de la formación de juicios se establecen relaciones entre los conceptos. Gracias a los juicios, el mundo se puede convertir en un horizonte de relaciones con las que es posible contar. Las relaciones percibidas en los juicios son: relaciones de igualdad, relaciones de semejanza, relaciones de oposición y relaciones de diversidad.

d. Doble función del pensamiento para Lersch

En cuanto a la doble función del pen-

samiento que propone Lersch, cabe aclarar que no son dos funciones diferentes sino dos *direcciones* diferentes del pensamiento: la función intelectual y la espiritual.

La *función intelectual* brinda conocimientos, afirma el yo; con la denominación de los objetos se logra la dominación de los mismos. W. James afirma al respecto del lenguaje que: "Tener palabras para el mundo es poseer el mundo".

Por medio del pensamiento se descargan los objetos de su sensibilidad y se supera la irracionalidad de la intimidad, se supera la instintividad. El conocimiento científico no ha destacado el valor espiritual del pensamiento, con el cual se dinamiza y fermenta la vida. A través del pensamiento se capta el mundo, por la ciencia, la técnica y la organización práctica.

La *función espiritual*, por otra parte, capta valores; es la idea que llama al hombre fuera de sí, lo libera, lo dinamiza. Max Weber opina que el hombre del siglo XX está desencantado, empobrecido, desolado, sin religión y sin corazón. El hombre, negando su espíritu, ha convertido lo intelectual en su *canon*, para conocer y gobernar el mundo; al negar lo espiritual ha negado los valores y los sentidos. El hombre del siglo XX se ha convertido en un racionalista que por reacción puede producir un irracionalismo sin freno.

El comportamiento activo, la acción, deriva de las tendencias y de las necesidades, es una de las formas por las que el hombre entra en contacto con el mundo.

Klages define a la voluntad como el "peculiar mecanismo de dirección del impulso"; es similar al autodomínio. La voluntad se desarrolla a través de *hiatus* (*espacio*) entre el impulso y la acción.

La voluntad, junto con el pensamiento que da claridad, ordena y orienta las vivencias; afirma las tendencias o las inhibe.

Las funciones de la voluntad son de represión y de orientación (confiere dirección a la conducta en base a valores).

Nietzsche afirma que "la grandeza del carácter no consiste en no tener emociones, se las puede poseer en el más terrible grado, sino en tenerlas sofrenadas".

La madurez de la personalidad está en lograr un equilibrio entre el *phatos* (sufrimiento de la vida) y el *logos* (metas y fines que el hombre se propone). El adulto puede postergar las demandas tendenciales.

W. Stern define a la voluntad como "un juicio práctico". Ribot presenta a la voluntad como "un fiat".

La existencia de la voluntad permite

sostener "el libre albedrío", ejercer la facultad de elección y decisión. Ahora bien, frente al libre albedrío, surgen dos posturas antagónicas: la postura del determinismo, que afirma que la voluntad sigue al impulso más fuerte. Y la postura del indeterminismo, que define a la voluntad como juez supremo que determina qué impulso seguir.

La mayoría de los autores sostiene que la voluntad comienza a los dos años con el desarrollo del yo.

e. La personalidad madura

Las funciones de la superestructura son el pensar y el querer, funciones iniciadas por el propio yo.

Cabe aclarar que por los sentimientos somos afectados; por los impulsos somos empujados por algo.

La tarea del yo consiste en gobernar la adaptación y evitar la desadaptación. La responsabilidad de un ser humano consiste en ver cómo gobierna las tendencias *páticas* (*que padece*).

La personalidad madura implica el desarrollo del sí mismo, que no es lo mismo que el yo; es fruto de la apertura e interacción de la superestructura y el fondo endotímico.

La personalidad madura puede usar la

represión, mecanismo definido de diferentes maneras. F. Herbart, por ejemplo, define la represión como la facultad de suprimir una representación por otra. Schopenhauer, la define como la resistencia de la voluntad a que una representación reciba la luz del intelecto. Y Lersch, dice que la represión es no estar de acuerdo con alguna tendencia, lo cual no quiere decir que la tendencia no produzca efectos desde el inconsciente y que algunos de ellos no sean perturbadores.

Las condiciones afectivas pueden nublar el pensamiento, a saber:

- La *depresión*, juzga negativamente al mundo.
- El *enamoramiento*, quita claridad al pensamiento.
- El *susto*, petrifica y priva de reflexión.
- La *ira*, impide ver lo que se dice y lo que se hace.
- La *esperanza*, lleva a ver lo deseado como cercano.
- La *alegría*, vuelve temeraria a la persona.
- Los *celos*, impiden ver los argumentos de los demás.
- El *amor*, lleva a ver lo bueno de los demás.

- El *odio*, lleva a ver lo malo de los demás.
- Los *sentimientos de inferioridad*, generan una visión despectiva de sí mismo y sobrevaloran a los otros.

Schopenhauer señala con una metáfora la relación entre el intelecto y la voluntad: el intelecto se parece a la imagen especular del agua y el agua a la voluntad; las energías tendenciales, fuerzas dinámicas de la voluntad cuando se agitan, enturbian el intelecto, destruyendo la imagen especular del agua.

La personalidad se puede presentar de diversas formas. Por un lado, el hombre intelectual puede rechazar lo afectivo, desvalorizándolo. El hombre neurótico puede tomar una actitud represiva: asfixia lo afectivo, vivido como extraño.

Sin embargo, no siempre la represión atrofia la personalidad; reprimimos cuando no nos identificamos con una tendencia o cuando no estamos de acuerdo con ella por alguna razón.

El yo reprime pero no vence lo reprimido, que puede causar perturbaciones, angustia y nerviosismo en lo vertical, y trastornos de adaptación en lo horizontal.

Una cosa es un no de la voluntad y otra

cosa es una represión, cuando no se quiere admitir un factor psíquico desagradable. Por honestidad, dice Lersch, se deben admitir todas las represiones que se realizan a diario.

f. Consideraciones sobre el inconsciente

Para Lersch el inconsciente contiene: los motivos de las acciones, las tendencias rechazadas y los recuerdos latentes.

Para tener una imagen de lo que significa el inconsciente para la vida psíquica, se puede utilizar la imagen del mar y de una isla: la isla representa la conciencia y el mar el inconsciente.

C. G. Carus toma al inconsciente como la clave de la vida psíquica. Goethe, refiriéndose al inconsciente, dice que "el hombre no puede permanecer mucho tiempo en el estado consciente, tiene que volver al inconsciente donde tiene sus raíces". Windelband, por su parte, afirma que "el hombre atribuye al inconsciente todas las fuerzas ocultas y misteriosas, lo irracional".

10. TEORÍA DE C. G. JUNG SOBRE EL INCONSCIENTE COLECTIVO Y LA MADUREZ [10]

El *inconsciente colectivo* fue definido

de diversas formas por C. G. Jung, a saber: "Herencia de las representaciones generales de la especie humana". "Memoria de la especie". "Experiencias ancestrales humanas dotadas de fuerte tono afectivo".

El inconsciente colectivo posee *arquetipos*, estos tienen similitud con los símbolos de la mitología de todos los tiempos y regiones. Son inconscientes y representan intereses universales, que a veces entran en conflicto con intereses del ego individual. Estos arquetipos aparecen en los sueños. Asimismo, las imágenes arquetípicas estarían preformadas, serían *protofantasías* heredadas.

Jung distingue un *inconsciente personal*, provocado por la represión, y un *inconsciente colectivo*, donde están los intereses universales. Dice que si no se hacen conscientes los arquetipos del inconsciente colectivo, se vive de manera incompleta; el hombre que reprime su inconsciente colectivo corre el riesgo de provocar una escisión en su personalidad.

a. La actitud madura

La actitud madura para Jung consiste en que el hombre reconozca lo que tiene en su inconsciente, lo acepte de buen grado, sin disolverse en él. Por tanto, la salud psíquica consiste en que el hombre

[10] MANDOLINA GUARDO, R., *De Freud a Fromm. Historia general del Psicoanálisis*, Ed. Ciordia, Buenos Aires, 1965.
 LERSCH, P., *La estructura de la personalidad*, Ed. Scientia, Barcelona, 1971.

se integre con el manantial de su inconsciente, y utilice la conciencia para poner orden, corregir y armonizar.

El hombre debe aprender a dejar fluir el acontecer psíquico y relajar el espasmo de la conciencia. Esto es todo un arte que muchas personas no comprenden, no dejan que su conciencia quede tranquila, la hacen intervenir incesantemente, ayudando, corrigiendo, negando, obstaculizando la espontaneidad de los procesos psíquicos.

El peligro contra la madurez, para Jung, está en dos actitudes: en encerrar el inconsciente y en dejarse llevar por los arquetipos del inconsciente.

La conciencia y el inconsciente deben estar en un diálogo mutuo. Dice Jung: "Ambas mitades del alma, la luz de la conciencia y la oscuridad del inconsciente, se complementan y se necesitan mutuamente, constituyendo un sistema que se regula a sí mismo".

Sólo la comunicación entre la conciencia y el inconsciente colectivo es capaz de llevar a la realización del sí mismo.

b. Conclusiones antropológicas de la teoría de C. G. Jung

La conciencia cognoscente y reflexiva no abarca la totalidad del alma. La conciencia con su conocimiento estrecho,

señala la necesidad de abrirse al acontecer anímico, para que el hombre tome raíces en el suelo orgánico del alma.

Freud destacó el valor de la pulsión (instinto) y de su represión. Jung, por su parte, destacó el valor de lo *prerracional*, el valor de las imágenes arquetípicas, como fondo creador de las vivencias.

El hombre intelectual a veces cae en el peligro de la racionalización. Lersch considera que el hombre puede tomar contacto con el mundo a través de su espíritu, encontrando valores que le den sentido a su vida. El mismo autor señala que el desarrollo de las tendencias transitivas permite que el hombre crezca como persona.

Jung sostiene que la ampliación de la conciencia, con la integración de los arquetipos del inconsciente colectivo, no es más que una proyección; el alma no sale de sí misma en la relación con los arquetipos.

Jung, dice Lersch, nos enseña a habitar la morada del alma, pero nos encierra en ella. La trascendencia queda obstruida, esto aparece claro en la vivencia religiosa. Jung no emite juicio sobre la existencia del ser absoluto, cree que ello corresponde a los filósofos y teólogos; reduce lo religioso a un *psicologismo*. Para Jung lo religioso no es verdaderamente un encuentro con alguien. Su psi-

ciencia se convierte en un psicologismo; desconoce que es propio de la esencia del ser humano estar abierto a la realidad

supraindividual del espíritu, estar abierto a la trascendencia.

QUO VADIS HOMO? LA POSHUMANIDAD

Dr. José Alberto Mainetti

- Doctor en Medicina
- Doctor en Filosofía
- Bioeticista

Palabras clave

- Poshumanismo
- Ciencia
- Técnica
- Corporeidad

RESUMEN

El autor introduce el tema por medio de una descripción de los tiempos que se viven: el escenario posmoderno. Concluye en que la Bioética ha entrado en crisis. Afirma que la globalización la ha exagerado, y que sus raíces deben ser buscadas en lo que denomina la *medicalización* de la vida y de la Ética y en la catástrofe ambiental.

La Bioética ha transitado un cambio de bioética clínica a bioética global. La tecnociencia ha revolucionado la humanidad y plantea sus propios problemas, alcanzando un sentido cultural. Las metamorfosis del cuerpo humano son discutidas. Se reflexiona sobre las distintas culturas y sobre la condición humana y del posible paso del *poshumanismo* a un *plushumanismo*.

ESCENARIO POSMODERNO

Con el cambio de siglo y milenio es sensible el "giro antropológico" de la Bioética. *Quo vadis homo?*, a dónde vamos, cuál es el destino de la humanidad, parece ser la cuestión fundamental de la que debemos hacernos cargo hoy día. El escenario del mundo globalizado sin duda se presta a redoblar la crisis bioética, de la vida y de la ética, ocurrida en el tercio final del siglo pasado; una crisis

cuyas raíces hemos explorado como la revolución biológica, la *medicalización* de la vida (y de la Ética), y la catástrofe ambiental. De la bioética clínica a la bioética global: tal sería el itinerario del orden bioético como fenómeno cultural y movimiento social en las tres últimas décadas del siglo XX. [1]

El crítico escenario global registra ahora sucesos emblemáticos. Uno es el atentado terrorista a las Torres Gemelas en Nueva York el 11 de septiembre de 2001 (construcción del mundo global en pantalla, realidad virtual que supera la ficción), que instala la presunta "guerra de las civilizaciones" (entre Occidente y el Islam) y en cualquier caso refleja la fragilidad del progreso moderno tecnocientífico, cuando los productos y símbolos más sofisticados de nuestra cultura -aeronaves, rascacielos y laboratorios- se transforman malignamente en armas suicidas, piras funerarias y templos del *bioterrorismo*. Catástrofes "naturales" como el maremoto Tsunami en el sudeste asiático o el huracán Katrina en el Caribe (2005), señalan que no es inocente la mano del hombre en el orden planetario. La expansión del sida en África, el continente agonizante, acusa la injusticia de la pobreza y la salud mundiales, como la gripe aviar encabeza las "nuevas epidemiologías". En suma, todo un escenario apocalíptico

[1] MAINETTI, J. A., "Bioética, cultura y sociedad: ayer, hoy y mañana", *Agenda bioética*, Editorial Quirón, La Plata, 2005, p-49-65.

como el del Diluvio Universal que describe el libro de Noé en el Antiguo Testamento. [2] La lección de este profeta posmoderno revela toda la ambigüedad de nuestro tiempo: por un lado el problema moral de la corrupción humana, que desata la ira divina y el castigo; por otro lado el problema técnico de construir el arca salvífica según el preciso diseño del Creador. Se trata del círculo hermenéutico de la ciencia y la conciencia, la técnica y la ética en la *conditio* humana. La imagen de la recientemente reanudada aventura espacial del hombre es todo un símbolo de otra mirada más optimista respecto de las posibilidades revolucionarias de la tecnociencia para la humanidad. Es el caso del movimiento llamado *transhumanismo* o *poshumanismo*, del que ahora nos vamos a ocupar.

El *poshumanismo*, que cuenta con una organización institucional (*World Transhumanist Association*, 2003) y ha tomado carta de ciudadanía global por Internet (página web <http://www.transhumanism.org>) declara en su *preambulum*

fidei, que es factible y deseable la transformación de la naturaleza humana por obra de la tecnociencia, y en particular por las tecnologías convergentes del *NBIC Tetrahedro*: Nano (Nanotecnología), Info (Informática), Cogno (Ciencias cognitivas) y Bio (Biología o biotecnología). El modelo para armar esa arquitectura del siglo XXI comprende como elementos los *bites* y los *genes*, las neuronas y los átomos, organizados respectivamente por las computadoras, la biotécnica, las redes y la nanotecnología. [3]

Utopía: crítica, imaginación y normativa

Este proyecto tecnocientífico, difícil de encuadrar en un género propio (¿ciencia ficción, ciencia en ficción o fantaciencia, ciencia de la ciencia ficción?) se puede inscribir también en la utopía -la utopía/ucronía de la posmodernidad- y como tal explorarse de acuerdo a la teoría vigente sobre la estructura de la misma y sus tres funciones constitutivas: crítica, imaginativa y normativa. [4] Estos tres aspectos son sin duda sincrónicos, hacen a la naturaleza

[2] MAINETTI, J. A., "Noé o la alianza", *Bioética Ficta*, Quirón, La Plata, 1993, p. 16-22.

[3] Véanse en Post, S. (editor, 3rd. edition), *Encyclopedia of Bioethics* las entradas "Transhumanism and Posthumanism", "Nanotechnology", "Cybernetics" y "Enhancement Uses of Medical Technologies".

[4] Cf. ROVALETTI, M. L., "La odisea de la especie: el porvenir lejano de la humanidad", en *Acta Bioética*, Año XI, N° 1, 1er. semestre 2005, pp.85-94, ISSN 0717-5906: Hoy se asimila la tecnociencia al concepto de "utopía" como "operador de trascendencia" (S. Breton, *Théorie des idéologies*, Desclée, Paris, 1976) o trascendencia operatoria (G. Hottois, editor, *Philosophie et science-fiction*, Vrin, Paris, 2000). En efecto, la utopía se presenta no sólo como un pensar funcional sino como una manera de pensar por constante superación que recorre un triple estadio: *crítico* de la realidad existente; *imaginativo* de la apertura a lo nuevo; y *constructivo* o normativo del orden de la vida a plasmar.

misma de la utopía, pero también pueden exponerse diacrónicamente, como tres momentos en la historia del género. Es lo que pretendemos realizar tomando ejemplos del pensamiento utópico en la antigüedad, la modernidad y la posmodernidad. [5]

En la cultura arcaica, el mito, la magia y la religión son formas más o menos combinadas de trascender la finitud humana. Cabe decir de la cultura lo que de la vida decía Bichat en su concepción vitalista de la misma: "El conjunto de funciones que resisten a la muerte". Un testimonio original y elocuente de la existencia humana en busca de la salud, la juventud y la inmortalidad encontramos en la civilización asirio-babilónica con el héroe sumerio Gilgamesh, protagonista de un poema que data del s. VIII a.C. Gilgamesh fracasa en su intento para finalmente reconocer los límites infranqueables del hombre y conformarse a su destino.

"La vida, que tanto anhelas, nunca la podrás alcanzar.
Porque, cuando los dioses crearon al hombre,
le infundieron la muerte, reservando
la vida para sí mismos.
Gilgamesh, llena tu vientre,
alégrate de día y de noche,
que los días sean de completo regocijo,
cantando y bailando de día y de noche.
Vístete con ropas frescas,
lava tu cabeza y báñate.

Contempla al niño que coge tu mano,
y deléitate con tu mujer, abrazándola,
porque esto es lo único que se encuentra al alcance
de los hombres."

Jacobsen

Sin embargo, nunca desaparece del imaginario humano la utopía terrenal de la vida perdurable que instituyen las religiones. Emblemática al respecto es la Fuente de Juvencia, el baño de eterna juventud que en el Renacimiento ilustra Lucas Cranach según la iconología moral cristiana. En la escena central del cuadro está la piscina con bañistas varones y mujeres sumergidos en las aguas milagrosas. En la escena izquierda se observan las columnas de enfermos, decrepitos y moribundos aguardando su turno del baño lustral. En la escena de la derecha los recién salidos de la fuente, ahora rejuvenecidos, se entregan de inmediato a los placeres carnales -el ocio, la lujuria y la gula- con lo cual retornan al ciclo corruptivo de la vida tras la caída por el pecado original. La moralización de la naturaleza humana por la religión es aquí la última *ratio* de la irrealidad de la utopía.

En el Renacimiento, al despuntar la ciencia moderna, aparece la palabra "*utopía*" (en griego "ningún sitio") y su género literario con el libro "*Utopía*" (del mejor estado de la sociedad y de la nueva isla de

[5] Sobre la relación entre utopía e ideología en el contexto del *poshumanismo*, véase ASCHROFT, R. E., "American Biofutures: Ideology and Utopia in the Fukuyama-Stock Debate", *J. Med. Ethics* 2003, 29:59-62.

Utopía, 1516), de Thomas Moro. El alma fáustica de Occidente se expresa tempranamente en Christopher Marlowe (1564-1593), *“La trágica historia del doctor Fausto”*, que preanuncia el “pacto bioético” hoy día entre las disciplinas prudenciales: Teología, Filosofía, Medicina y Derecho.

Christopher Marlowe, *La trágica historia del doctor Fausto*

ACTO I - Escena I

(Fausto en su gabinete)

FAUSTO.- Concreta tus estudios, Fausto, y comienza a sondear el fondo de lo que será tu fe.

Ya que así empezaste, aparenta ser teólogo, pero avanza hasta el final de cada ciencia y vive y muere en las obras de Aristóteles. Fértil analítica, tú me has hechizado.

Bene disserere est finis logicae. Pero ¿es que el arte de discurrir bien no brinda recompensa superior?

Si así es, no leas más: a esa meta has arribado. El ingenio de Fausto requiere algo más grande.

Despídete del ser. Y tú, Galeno, ven, ya que *ubi dessinit philosophus, ibi incipit medicus*. Sé, pues, médico, Fausto: amontona oro y eternízate merced a una cura fabulosa. *Summum bonum medicinae sanitas*: “El sumo fin de la medicina es la salud”.

¿Y bien, Fausto, acaso no lo has alcanzado? ¿No son aforismos tus frases más triviales? ¿No se tienen por monumentos tus recetas, que han librado a ciudades enteras de la plaga y curado miles de agobiantes males?

Con todo, no eres más que Fausto, un hombre. Tal profesión sólo sería digna de estima si pudieras dar

eterna vida a los humanos o hacer que regresaran de la muerte.

¡Adiós medicina! ¿Dónde está Justiniano?

La nueva filosofía del hombre, su esencial plasticidad, se formula en la *“Oratio de hominis dignitate”* (1486), de Pico della Mirandola.

“Oh Adán... No te he hecho ni celeste ni terreno, ni mortal ni inmortal, con el fin de que tú, como árbitro y soberano artifice de ti mismo, te informases y plasmases en la obra que prefirieses.”

Pico della Mirandola:

Discurso sobre la dignidad del hombre, 1486

La concepción de la ciencia como poder de transformar el mundo y no ya simplemente de contemplarlo, e incluso su misión salvífica para la humanidad, es *leit motiv* baconiano compartido por todos los modernos:

“La ciencia no es un conocimiento especulativo, ni una opinión a sostener, es un trabajo a hacer (...) y en cuanto a mí, yo trabajo para plantear, no el fundamento de una secta o de una doctrina cualquiera, sino el de la utilidad y la potencia.”

(Francis Bacon, *Novum Organum*, 1620)

“La misión de la ciencia es reparar el daño causado por la Caída del Hombre y restaurar la humanidad a su gloria original.”

(Francis Bacon, *Novum Organum*, 1620)

El lugar de la Medicina en el porvenir de la humanidad lo destaca como nadie Cartesio:

“Porque el espíritu mismo de tal modo depende del temperamento y de la disposición de los órganos del cuerpo que si es posible hallar algún medio para que los hombres sean más sabios y más hábiles que hasta aquí lo han sido, creo que hay que buscarlo en la medicina.”

(M. de Condorcet, *Esquema de los progresos del espíritu humano*, 1794)

La idea moderna del progreso basada en las posibilidades ilimitadas de la técnica es desarrollada por de Condorcet:

“La Naturaleza no ha puesto término alguno a nuestras esperanzas... Sin duda que el hombre no se hará inmortal, pero la distancia entre el momento en que comienza a vivir y la época en que, naturalmente, sin enfermedad, sin accidente, experimenta la dificultad de ser ¿no puede ir creciendo sin cesar?”

(R. Descartes, *Discurso del método*, 1637)

La concepción del hombre máquina según La Mettrie (1749), entre otros, instala la especulación tecnológica de una criatura hecha a su imagen, como él mismo lo es, a imagen de Dios. El mito de Pigmalión ingresa así en la literatura moderna con Villiers de L'Isle Adam y su *“Eva futura”* (1878), tema que se reitera en la ciencia ficción del siglo XX y entre nosotros en la novela de Adolfo Bioy Casares *“La invención de Morel”* (1940). [6] La identificación de la técnica con la magia, sobre la que ironiza *“La Tempestad”* de Shakespeare, de la que A. Huxley toma la expresión *“brave new world”* para titular su famosa novela, hoy se consume como reencantamiento del mundo en la saga literaria de *“Harry Potter”*. [7]

REVOLUCIONES CULTURALES

La teoría del *homo infirmus* parte de la idea del hombre como un proyecto o diseño único de la naturaleza, caracterizado por una *somaticidad* plástica, *contra natura* y cultural (“el hombre es un ser cultural por naturaleza porque es un

[6] Véase la ingeniosa utilización de *L'Eve future* como antecedente de la utopía posmoderna en SFEZ Luciene, *La santé parfaite*, Seuil, Paris, 1995. Villiers de L'Isle Adam es quien introduce el término “androides” para las nuevas criaturas humanas.

[7] Ortega advirtió al respecto que el sentido de toda la técnica y la cultura no es otro que la transformación del mundo en el propio cuerpo. “El hombre humaniza al mundo, lo inyecta, lo impregna de su propia sustancia ideal, y cabe imaginar que, un día de entre los días, allá en los fondos del tiempo, llegue a estar ese terrible mundo exterior tan saturado de hombre, que puedan nuestros descendientes caminar por él como mentalmente caminamos hoy por nuestra intimidad; cabe imaginar que el mundo, sin dejar de serlo, llegue a convertirse en algo así como un alma materializada y, como en *La Tempestad*, de Shakespeare, las ráfagas del viento soplen empujadas por Ariel, el duende de las ideas”. *Meditación de la técnica*, v. 302.

ser natural por cultura”). La característica originaria del hombre como ser viviente -la diferencia antropológica, decimos hoy- es un cuerpo inusualmente moldeable (el barro del relato antropogónico, el adánico o el prometeico), que implica una negación biológica de la animalidad, pues el animal está ajustado al entorno natural y por ello no modifica a éste sustancialmente. El hombre, en cambio, no adaptado a la naturaleza por su falta de especialización orgánica, es “creador y criatura” de cultura, artífice y producto de un mundo propio en permanente transformación, por el cual se humaniza la naturaleza y se realiza la humanidad. Tales, en síntesis, la teoría “compensatoria” de la cultura, con su larga tradición histórica y renovada vigencia en la actualidad. [8]

En este orden de ideas cabe pensar que la actual revolución tecnocientífica no es sólo una revolución en el sentido científico y tecnológico, sino también en el sentido de esas “revoluciones culturales” o transformaciones en el proceso de civilización que ocurren con carácter acelerado, radical y permanente. [9] Suelen describirse dos paradigmáticas revoluciones culturales en la prehistoria de la humanidad: el proceso de *hominización* y la justamente llamada “revolu-

ción neolítica”. La novedad de la presente revolución tecnocientífica como revolución cultural consiste en la transformación de la misma “naturaleza humana”. A diferencia de las dos anteriores revoluciones en la Edad de Piedra, el hombre no está ya limitado a adaptarse al medio como hizo en el Paleolítico, ni a modificar su ambiente como desde el Neolítico lo viene haciendo por diez mil años y en escala planetaria con la civilización industrial, sino que tiene la posibilidad de transformarse a sí mismo y dirigir la propia evolución biológica y cultural.

Las tres son revoluciones culturales y biológicas en comunes aspectos, porque implican una transformación del mundo por la técnica y una transformación del sentido de la técnica como innovaciones radicales en la relación *antropocósmica*. Esos tres movimientos revolucionarios, que juntos dibujan una suerte de dialéctica de la tecnicidad, se aprehenden intuitivamente con tres respectivas figuras de la mitología clásica: Prometeo, Triptólemo y Pigmalión.

La revolución tecnológica de Prometeo, el titán que roba el fuego, esto es, el hombre del Paleolítico superior, consiste en la conquista de un equipamiento extracorpóreo, *parasoma* o *epi-*

[8] MAINETTI, J. A., (ed), *Homo Infirmus*, Serie de Textos y Comentarios, Quirón, La Plata, 1990.

[9] MALIANDI, R., “De la revolución de Triptólemo a la crisis planetaria”, en *Cultura y conflicto. Investigaciones éticas y antropológicas*, Biblos, Buenos Aires, 1984, pp. 159-175.

soma que le acomoda a la naturaleza, para él originariamente incómoda: vestido, vivienda, armas, herramientas, etc. El sentido prometeico de la técnica es la adaptación del hombre al entorno, pues el útil o artificio imita los órganos animales -que son verdaderos instrumentos, como la trompa del elefante o las pinzas del cangrejo- y, por tanto, prolonga los poderes del cuerpo en función ortopédica. El fuego es el elemento que caracteriza real y simbólicamente la primitiva culturación.

Triptólemo -el príncipe de Eleusis a quien según la leyenda Ceres revelara el secreto de los cereales y la difusión de las artes agrícolas- representa en la mitología griega la saga de la revolución neolítica, la cultura del cultivo o trabajo de la tierra, con lo cual el hombre interviene en la naturaleza no ya como predador sino como productor, modificando el juego de la selección natural y creando sus propias fuentes de alimentación. El sentido de la técnica en Triptólemo es el que señalara Ortega como concepto universal de aquella, vale decir "lo contrario de la adaptación del sujeto al medio, puesto que es la adaptación del medio al sujeto". [10] El artificio ya no consiste en el "artefacto" o

prótesis prometeica, extensión *cuasi* natural del cuerpo, sino en el "artilugio" mediante el cual el hombre deja de acomodarse a la naturaleza para someter ésta a las humanas necesidades y deseos.

Otra figura de la mitología clásica sirve para caracterizar la revolución tecnocientífica de nuestro tiempo, ésta que es acaso una tercera revolución cultural en el sentido apuntado. Se trata de Pigmalión -el escultor misógino que se enamora de la estatua femenina creada por él y con el favor de Venus logra darle vida y ganarse su amor- cuya leyenda recoge Ovidio en "*Metamorfosis*". El sentido pigmaliónico o *antropoplástico* de la técnica consiste en el arte de esculpir, remodelar la propia naturaleza, lo creativo o "artístico" por antonomasia. [11]

Pigmalión en pantalla o las transformaciones cinematográficas del cuerpo humano

La revolución de Pigmalión encuentra en el cine, expresión paradigmática de nuestro tiempo y artificio plástico por excelencia de la imaginación humana, el espejo de las diversas posibilidades de transformación tecnocientífica y cultural del cuerpo. [12] La *filmsomatoplástica*

[10] ORTEGA Y GASSET, J., *Meditación de la técnica*, Espasa Calpe (colec. Austral N° 1350), Madrid, 1995, pp. 72-73, cit. en Maliandi, R. *op. cit.*

[11] MAINETTI, J. A., "La revolución de Pigmalión", en *Introducción a la bioética*, Número Especial de Quirón, 1987, pp.14-25.

[12] MAINETTI, J. A., *Antropobioética*, Quirón, La Plata, 1995. CECCHETTO, S., MAINETTI, J. A., *Pigmalión en pantalla*, pp. 99-127.

revela cuatro dimensiones de la *neocorporeidad*: *intercorporeidad*, *intracorporeidad*, *transcorporeidad* y *poscorporeidad*.

CINE / FILMOSOMATOPLÁSTICA	
<p>I - INTERCORPOREIDAD</p> <p>Quimera (prototipo del género) Archimboldo (transgénicos) Batman (Pinguino y Gatúbela) Drácula Lobo La Mosca Hombre Araña Mutantes: Tortugas ninjas [Perro – Gato – caballo ↓ ↓ ↓ Ética - estética- metafísica]</p>	<p>II - INTRACORPOREIDAD</p> <p>La metamorfosis de Kafka (prototipo del género) El exorcista El extraño caso del Dr. Jeckyll y Mr. Hyde El cielo puede esperar Hay una chica en mi cuerpo Una rubia caída del cielo Quisiera ser grande Junior Alien</p>

CINE / FILMOSOMATOPLÁSTICA	
<p>III - TRANSCORPOREIDAD</p> <p>Gólem- Homúnculo (prototipos del género autómatas) Robot Terminador Androides Frankenstein Cyborgs: Replicantes (Blade Runner) Robocop</p>	<p>IV - POSCORPOREIDAD</p> <p>Realidad virtual (prototipos del género) Terminador III Mask Viaje fantástico Matrix</p>

La *intercorporeidad* es la invención de la quimera, el híbrido conformado por distintas especies, que hoy realiza la biotecnología y la tradición cinematográfica representa como el vínculo ancestral del hombre y el animal. De la rica *antropozoología* fantástica destacamos el simbolismo de tres compañeros inseparables de la humanidad: el perro es ética, el gato es estética y el caballo es metafísica (de la cual el centauro es arquetipo).

La *intracorporeidad* se refiere a las transformaciones del *intracuerpo* o interior del cuerpo humano, cuyo prototipo de género es “*La Metamorfosis*” de Kafka. La filmografía ha tratado tales transformaciones en doble registro, el terrorífico y el cómico. Las tecnologías reproductivas han inspirado en la pantalla el embarazo masculino (“*Junior*”) y la fecundación interespecies (“*Alien*”).

La *transcorporeidad* configura el cuerpo metaorgánico o artificial creado por la técnica cibernética o biogenética, cuyos prototipos son el *gólem* y el *homúnculo*. A este género de los autómatas pertenecen los robots, los androides y los *cyborgs* (combinación de los dos primeros), criaturas que en el mundo de celuloide miman la evolución de nuestra especie.

La *poscorporeidad*, por último, señala el pasaje de la materia somática de un estado a otro, elevando al límite sus posibilidades de desmaterialización y transustanciación. Prototipo del género es la realidad virtual, donde el cuerpo físico deviene del cuerpo electrónico de la sociedad de la información. El cine representa así la matriz ("*Matriz*") vanguardista de los "cuerpos *poshumanos*", esencialmente modificados por la técnica.

"Quizá no sean estos más que intentos rudimentarios por alcanzar la estatura apropiada de superhombres que la naturaleza nos niega. La pantalla, al menos, ha sabido actualizar este mito y disfrazar nuestros deseos compensatorios bajo un aspecto enteramente normal o aún normalmente deficiente, monstruoso o infantil. De seguro James, Nietzsche, Novalis o el Bretón del tercer manifiesto surrealista esperaban otra cosa de un ser tan alejado de la pura ani-

malidad como de los hombres del rebaño, y no hubieran reconocido en *Superman* (Richard Donner, 1980; Richard Lester, 1981 y 1983) a una criatura situada más allá del bien y del mal". [13]

"Yo os enseño al superhombre. El hombre es algo que debe ser superado... La grandeza del hombre está en ser un puente y no una meta: lo que en el hombre se puede armar es que es un *transito* y un ocaso."

(F. Nietzsche. *Zarathustra*. 1891)

La tecnociencia actual parece animada por un deseo *antropoplástico* o voluntad demiúrgica, pues tiene facultades para fabricar o remodelar al hombre, capacidades exclusivamente divinas en la tradición religiosa. La tecnología demiúrgica presenta dos líneas de continuidad histórica y proyección utópica: una es la biogenética y otra la cibernética, por las cuales el hombre busca reproducirse a sí mismo *bioartificialmente*, recreando el cuerpo orgánico e informando la razón al artificio (inteligencia artificial). Sendas técnicas demiúrgicas cuentan con su estereotipo imaginario en la historia de la cultura occidental, el hombre biogenético con el tema del *homúnculo* y el hombre cibernético con la leyenda del *Gólem*. Síntesis de ambas técnicas es el hombre biónico o *cyborg*, símbolo de co-

[13] CECCHETTO, S., op. cit., pp. 120-121.

evolución biológica y cultural. [14]

¡Nace! Con la masa agitada
la convicción se vuelve más evidente:
lo que se honra como el misterio supremo de la
naturaleza,
nosotros intentamos experimentarlo racionalmente,
y lo que antes se dejaba organizar,
nosotros lo hacemos cristalizar.

Goethe, "*Segundo Fausto*"

"Yo nací humano. Pero esto fue un accidente de la
fortuna, una condición meramente de tiempo y
lugar. Creo que es algo que tenemos el poder de
cambiar".

(Kevin Warwick, "*Cibourg 1.0*" wired, 2000)

Si (como el griego afirma en el *Cratilo*)
el nombre es arquetipo de la cosa,
en las letras de rosa está la rosa
y todo el Nilo en la palabra Nilo.

Jorge Luis Borges, "*El Golem*"

"La biología no es el destino. Nunca ha sido más
que una tendencia. Sólo fue la pronta y sucia
manera de la naturaleza para computar con la
carne: los chips son el destino."

(Bart Kosko, *The Fuzzy Future: From Society and
Science to Heavenina Chip*, 1999)

Pero el *homo bioethicus* no se resuelve en el deseo demiúrgico capital -que es pasar de lo animado a lo inanimado y viceversa-, ni se recude a la biotécnica o a la robótica, como tampoco a una combinación de ambas en el *cyborg* o el hombre biónico. Por eso la narración de "*Pinocho*" introduce el equilibrio reflexivo para pensar al hombre, un ser a mitad de camino entre naturaleza y cultura, que se auto-constituye como deber ser en la conciencia moral.

ANTIPOSHUMANISMO

El proyecto *poshumanista* suele cuestionarse por utópico e ideológico, pero no está fundamentalmente examinado por la Bioética, a la que en última instancia aquél apela como legitimadora del mismo. En cualquier caso vale como experimento mental, sin duda más interesante de lo que en su momento fuera la cuestión del sexo de los ángeles, hacer una suerte de autocrítica del *poshumanismo* desde la filosofía del hombre y de la técnica. En tal sentido nos parece que la mejora de la naturaleza humana, hoy de alguna manera factible por medios quirúrgicos, farmacológicos, reproductivos, genéticos y cibernéticos, lleva al paroxismo la relación entre el hombre y la técnica, y tiene en su contra matrices argumentales para nada desatendibles.

[14] MAINETTI, J. A., *Bioética ficta*, Quirón, La Plata, 1993.

Siguiendo este esquema, se describen tres *antropinos* -características humanas específicas- y sus respectivas objeciones a la moralidad de la técnica.

ANTIPOSHUMANISMO

Tres antropinos y autocríticas

I-*Transgresión*: Hibris y contranatura tecnológica.
Distopías biológicas y robóticas.
Escenarios siniestros.

II-*Ambivalencia*: Medicina perfectiva y "lo mejor es enemigo de lo bueno".
Formas de "enhancement".
Coeficiente de adversidad real y simbólico.

III-*Contrasentido*: Naturaleza y dignidad humanas.
Finitud y perfectibilidad.
Realidad como límite y posibilidad.

I. *Transgresión*. Desde el pecado original y el paraíso perdido, la transgresión de la orden divina o del orden natural es exclusiva de la humanidad (*felix culpa*, diría san Agustín). Y el fruto prohibido sería de verdad "transgénico", supuestamente convertiría en dioses a la primera pareja. La *hibris* o desmesura del humano poderío en la tradición religiosa y la *contra natura* tecnológica en versión naturalista conforman la *ultima ratio* de las matrices argumentales *antioshumanistas*. Y si bien los cargos de "jugar a Dios" o de "interferir con la naturaleza" no son convincentes para la sociedad posmoderna, tampoco dejan de ser rele-

vantes como sabiduría, prudencia e imaginario del mal frente a las acciones humanas peligrosas. Por eso es válido contemplar consecuencias negativas, en particular *distopías* biológicas y robóticas, y escenarios siniestros de la transgresión tecnocientífica.

Entre las *bioficciones* negativas, tres son de recurrente apelación en materia bioética. La primera es "*El Aprendiz de Brujo*", leyenda popular europea sobre la que Goethe escribió la balada homónima, y que representa la fantasía de los *bioazares* o la *biocatástrofe*, es decir, los efectos indeseados o no queridos de la biotecnología. La segunda es "*Frankenstein o el moderno Prometeo*", la famosa novela de Mary Godwin, que personifica la *biodisgénesis* o *teratogénesis*, el engendro del monstruo que se vuelve contra su autor. La tercera es "*Un mundo feliz*", el libro más recordado de A. Huxley, pintura satírica de la *biocracia* o la sociedad gobernada por el poder biológico como nuevo orden de la vida. [15]

Así como "*Brave New World*" (1932) es la gran narrativa de la *distopía* biológica en el siglo XX, "*1984*", de George Orwell (1949), es su equivalente para la *distopía* robótica, en cierto modo también profética. La clave del éxito del gran estado totalitario establecido en Oceanía era la tecnología de la información,

[15] MAINETTI, J. A., *Bioética ficta*, op. cit., Cap. III, pp. 69-92.

mediante el panóptico o tele-pantalla que permitía centralizar la vida social bajo la vigilancia del Gran Hermano. Como sugiere un afiche de J. Ch. Knaff para conmemorar la novela de Orwell, hoy ese ojo que nos mira se ha convertido en el ojo por el que miramos la realidad, el televisor como omnipotente *reality show* global. El porvenir humano amenazado por la generación de los robots es un *leit motiv* de la literatura de ciencia ficción que ha llevado a Isaac Asimov (*"Yo, Robot"*) a formular la ética robótica (roboética) con sus mandamientos de no agresión por parte del *Robo Sapiens* al *Homo Sapiens*. Hoy la cartelera cinematográfica ofrece abundante material sobre la utopía de la supertecnología, en verdad utopía negativa o *distopía* robótica: *"Terminador 3"*, *"Hulk"* y *"Matrix 2"* coinciden en el simulacro virtual de un mundo violento, apocalíptico, mesiánico, deshumanizador.

Tampoco los *poshumanistas* disimulan escenarios siniestros, el lado oscuro de la auto-transformación tecnológica de la especie, pues reconocen en algunas de las nuevas tecnologías la potencialidad de causar grandes daños a la vida humana, de modo que la agenda *poshumanista* incluye eventualmente una bioética preventiva de desastres. Los llamados *existential risks* o riesgos vitales que podrían causar la desaparición del hombre sobre la Tierra, son, entre otros, los usos destructivos de la nanotecnología, la guerra bioló-

gica, la inteligencia artificial, la guerra nuclear y algo desconocido... además del ya tan familiar *ecocidio*.

II: Ambivalencia. La tecnociencia no es neutral sino ambivalente, positiva y negativa, valiosa y disvaliosa. De ahí que todo progreso tecnológico implique un coeficiente de adversidad a la vez real y simbólico; real por sus efectos o consecuencias no queridos o deseados, y simbólico por su desencantamiento de la imagen del mundo y exigencias de nueva representación o simbolización. Los ejemplos son elocuentes en nuestro nuevo mundo de las tecnologías biogénéticas y cibernéticas, cuyas bondades no alcanzan a disimular sus malestares, como lo denuncia Quino en las humorografías de su libro *"¿Qué presente impresentable!"*. Parecería que una ley de conservación y renovación de lo negativo, de carga y descarga, acompaña la marcha triunfal del progreso humano. El paroxismo de tal coeficiente de adversidad real y simbólico se revela en las tecnologías de *enhancement* -mejoramiento u optimización- de la condición humana. En particular, la ya incipiente medicina perfecta tropieza con el clásico escollo de que "lo mejor es enemigo de lo bueno". Incluso la medicina *"patocéntrica"* tradicional, centrada en la enfermedad, no escapa a ese coeficiente de adversidad general del progreso. Siendo *antidarwiniana*, contraria a la selección natural, y perteneciendo al mundo moral o de los

fines humanos, la medicina en su cuidado y prolongación de la vida genera las enfermedades crónicas, el envejecimiento poblacional y los avatares de la finitud. Parejamente, la *medicalización* de la vida priva de significado a situaciones límite de la condición humana como el sufrimiento, la senectud y la muerte, cuya supresión se considera un objetivo no sólo deseable sino también alcanzable por la facultad médica. ¿Cómo dar sentido a aquello que combatimos e intentamos eliminar por cualquier medio?

La medicina perfectiva agravaría esa carga negativa, real y simbólica, en la ambivalencia de la técnica. Por un lado, al no responder a una necesidad médica (distinción tratamiento/realce), basada en criterios objetivos de "normal" y "patológico", resulta dudosa la evaluación moral de estas tecnologías según los principios de beneficencia y no-maleficencia, pero también sus consecuencias sociales tocan a la justicia y la autonomía, facilitando la discriminación y el control de los individuos. Tal es la crítica que suele dirigirse contra una eugenesia liberal, que deja al mercado las decisiones sobre los rasgos que deberíamos genéticamente cambiar. No solamente se acrecentaría así la disparidad entre

podientes y no podientes, sino que aún si lográramos asegurar igual acceso a tales terapias, estaríamos moviéndonos hacia una sociedad altamente homogénea. [16] Por otro lado, las tecnologías de perfeccionamiento desnaturalizan y devalúan acciones humanas con igual objetivo pero consideradas en sí mismas como formas auténticas y valiosas de lograrlo. En términos generales, la meta del perfeccionamiento humano es inherente al hombre como ser de cultura, y su medio idóneo es la educación. Ahora bien, ¿los medios cuentan? Desde la manzana del Edén, los hombres han pretendido optimizar su condición incorporando a su organismo sustancias virtuosas, remedios y artificios, nutrientes y alimentos. Pero los medios empleados para obtener un resultado no son indiferentes a la valoración de la actividad humana como excelente o virtuosa. Es el caso del *doping* en el deporte, cuando más allá de la injusticia del resultado obtenido con la ventaja inducida (por ejemplo, de esteroides) fuera de las reglas del juego, se descalifica una conducta humana intrínsecamente valiosa como es el esfuerzo y el mérito del entrenamiento. [17]

En síntesis, el proverbio "lo mejor es enemigo de la bueno" es una señal de

[16] Cf. "Ethical Issues in Enhancement", in *Cambridge Quarterly of Health Care Ethics*, N° 3, Summer 2000.

[17] Véanse PARENS, E., ed.: *Enhancing Human Traits. Ethical and Social Implications*, Georgetown University, Washington D.C., 1998; y las entradas en la *Encyclopedia of Bioethics*, "Enhancements Uses of Medical Technology" y "Anti-aging Interventions: Ethical and Social Issues".

alerta para los usos de realce u optimizadores de las tecnologías médicas. Si bien no es posible trazar una raya que separe terapia y perfeccionamiento, la distinción moral entre ambas intervenciones exige también diversa justificación y tiene considerables implicancias en las políticas públicas. La cobertura de atención de la salud, por ejemplo, suele definirse por las competencias de la Medicina, la necesidad médica y las obligaciones de suministrar cuidados. Pero esta obligación médica no implica prohibición de las intervenciones de realce, en la medida que no haya en éstas nada intrínsecamente malo. Así se resuelve de ordinario la situación de intervenciones como la cirugía cosmética, permisible su práctica profesional aun cuando no exigible, por parte de los pacientes, su cobertura en el sistema sanitario.

III. Contrasentido. En una humorgráfía de Quino, el paciente pregunta al médico: "Por terrible que sea quiero saber la verdad, doctor: ¿ser un ser humano es una enfermedad incurable?". Tales la pregunta del millón, la pregunta como forma suprema del saber, la que nos arranca de una prescripta categoría nosológica para afirmarnos en una presunta categoría antropológica. La enfermedad incurable, efectivamente, es la naturaleza humana en tanto finita, la *humanitud*, los límites esenciales constitutivos de nuestra condición. La dignidad humana consiste en la perfectibilidad, la

conciencia de esos límites y el afán de rebasarlos. De modo que la técnica en cuanto autorrealización de la naturaleza y la dignidad humanas -consumación de nuestra finitud y perfectibilidad- encierra un contrasentido o contradicción porque su meta consistiría en la *auto-desrealización*, cosa que literalmente pretende el *poshumanismo*, el fin del hombre en su esencia. Después de la muerte de Dios (deicidio), después de la muerte de la Tierra (*ecocidio*), la muerte del hombre (homicidio), un tercer suicidio en la era de la ciencia y de la técnica. Pero podemos cuestionarnos la factibilidad y la moralidad de semejante desenlace de la historia humana, teniendo en cuenta que lo real es a la vez límite y posibilidad para el hombre y la técnica.

Tres dimensiones límite de la vida humana, constitutivas de nuestra finitud -la *humanitud*- son la *pasividad* (pasibilidad o vulnerabilidad, el carácter de ser afectado, de padecer); la *caducidad* (devenir otro desde sí mismo y no por acción exterior); y la *mortalidad* (la condición de saberse mortal, confrontado al anonadamiento y al misterio). En la experiencia vulgar -más o menos objetiva, vivida y simbólica- nos referimos respectivamente al dolor o al sufrimiento, la vejez y la muerte. El hombre no puede no padecer, el hombre no puede no envejecer, el hombre no puede no morir, y esto hace a su finitud (*humanitud*). Pero el hombre sí debe combatir el dolor, el

envejecimiento y la muerte, y esto hace a su perfectibilidad (humanidad), que no significa erradicar esos males sino encontrarles sentido, de alguna manera siguiendo el ejemplo de la paloma de Kant, que cayó en la cuenta de que la resistencia del aire, lejos de ser un obstáculo para su vuelo era la condición de posibilidad del mismo.

Las contradicciones o contrasentidos del *poshumanismo* se reflejan vívidamente en la literatura de ficción y la filmografía que abordan las temáticas de la invulnerabilidad (peripecias de la cirugía plástica en *“La muerte le sienta bien”*, Robert Zemeckis, 1992), la perdurabilidad de la niñez o de la juventud (Peter Pan, *“Descubriendo el país de nunca jamás”*, Mark Forster, 2004), la amortalidad (*“Hombre bicentenario”*, Chris Columbus, 1999). Recientemente la novela de José Saramago, *“Las intermitencias de la muerte”*, desarrolla una idea que ya estaba en el mito de Sísifo, el monarca que secuestra a la muerte (*Thanatos*) e impide morir a los mortales durante cierto tiempo, con nefastas consecuencias humanas, por las que, como es sabido, resulta alegóricamente condenado.

Ocurre que la *infirmity* humana -la vulnerabilidad, temporalidad y *terminalidad* del hombre, a la postre su condición

somática- tiene un doble registro, empírico y trascendental, que hace la diferencia ontológica, la del ser y el ente, *epitomizada* por la *meditatio mortis*, la *mélete thanatou*, la reflexión sobre el hecho físico y el evento metafísico de la muerte humana, enfermedad de las enfermedades, *chronica infirmitas* de la existencia, la enfermedad *a priori* que es la finitud. En la experiencia de la vida planteamos la muerte bajo contradicciones intelectivas o *paralogías*, que son la antinomia (de la “realidad”), la aporía (del “fenómeno”) y la paradoja (del “sentido”), mortales. La antinomia mortal consiste en que la muerte aparece, por un lado, como contingente, accidental, ajena a la vida, y por el otro se muestra necesaria y esencial, parte de la vida. La aporía mortal significa la imposibilidad de pensar mi muerte, pues ésta y la conciencia se excluyen mutuamente, de modo que la gran incógnita del hombre sirve también de conjuro a su angustia. La paradoja mortal implica el hecho de que la muerte priva y otorga a la vez sentido a la existencia humana, es el sin sentido que (paradójicamente) da sentido a la vida. [18]

Pasifae, Dédalo e Ícaro, el laberinto

Los tres *antropinos* de la técnica que el *poshumanismo* pone en relieve -la trans-

[18] MAINETTI, J. A., “Medicina y humanidad” en *Antropobioética*, op. cit, pp. 61-96.

gresión, la ambivalencia y la contradicción— están representados por el célebre mito cretense de la Antigüedad clásica. [19]

Dédalo -arquetipo griego del inventor de las técnicas, el ingeniero por antonomasia-, fue el arquitecto que construyó en Creta el laberinto para encerrar al Minotauro, un monstruo con cuerpo humano y cabeza de toro, engendro de Pasífae -la mujer de Minos, el poderoso rey de Creta- y del hermoso toro blanco que Poseidón había regalado a Minos para ofrecerlo en holocausto. Pero Minos no se decidió a sacrificarlo y lo guardó para sí; a guisa de castigo, Poseidón hizo que Pasífae se enamorase de la bestia y copulara con ella.

Como castigo por haber enseñado a Ariadna la manera de salir del laberinto, Minos encerró en éste a Dédalo y su hijo, probando así la excelencia del recinto, ya que sin guía su mismo autor no podía encontrar la salida. Sin embargo, el gran inventor se las ingenió para liberarse: comprobó que la tierra y el agua impedían la fuga, pero que el aire y el cielo estaban libres; de modo tópico, que del laberinto sólo se sale por arriba.

Fabricó Dédalo dos pares de alas, que fijó con cera a sus espaldas y a las de su hijo, Ícaro. Antes de emprender el vuelo, Dédalo recomendó a Ícaro no elevarse

demasiado alto sobre el mar, aclarando que al aproximarse mucho al Sol, la cera podía fundirse y las alas despegarse, y que otro tanto ocurriría de sobrevolar rasante las aguas. Ambos se elevaron como pájaros, abandonando Creta, pero el entusiasmo de este nuevo y maravilloso poder embriagó al adolescente. Voló cada vez más alto, desatendiendo los llamados angustiosos de su padre; sus alas se desprendieron, cayendo en el mar y ahogándose. En tanto, el afligido padre continuó su ruta sin problemas y aterrizó en Sicilia, donde fue bien acogido y triunfó más tarde sobre Minos.

Pues bien, la moraleja del mito resulta en que Pasífae significa la transgresión de la técnica, la perversión del invento de Dédalo que facilitó a aquélla el sexo bestial y su producto monstruoso: la fabricación de la vaca artificial, en cuyo interior se introdujo Pasífae para que el toro blanco, del que se había enamorado, cayese en la trampa y se acoplara con ella. Dédalo e Ícaro encarnan la ambivalencia de la técnica, el vuelo exitoso del primero y la caída fatal del segundo, que muestran un Jano bifronte, esa deidad romana de las dos caras contrapuestas, el lado positivo y el lado negativo del humano progreso. El laberinto simboliza la contradicción de la técnica, la vida humana con todas sus vueltas y miste-

[19] MAINETTI, J. A., *Bioética Ficta*, op. cit., pp. 93-107.

riosa salida, con tantos sentidos y ningún sentido, la paradoja de un sentido inmanente y otro trascendente a la vida.

¿Hacia un *plushumanismo*?

La Bioética a la letra (*bíos + ethiké*) [20] nació con la revolución biológica, *antropoplástica* o de Pígalión, el nuevo Prometeo orientado a transformar no ya la naturaleza cósmica, sino la naturaleza humana, conjugando nuevas formas de nacer, procrear y morir. El punto de apoyo ontológico del mundo moderno -la subjetividad que desplazara el punto de apoyo ontológico antiguo-medieval, vale decir la *physis* o naturaleza- con la posmodernidad también es desplazado por la auto-trascendencia de la especie en su evolución tecnológica y porvenir lejano. Un malestar metafísico se traduce en la cuestión de la "naturaleza humana", si ésta existe o bien es un oxímoron, en qué consiste y qué valor tiene, cuál es su estatus descriptivo y normativo. [21]

Simplificando al máximo este problema, y singularizándolo para la emblemática

perspectiva bioética sobre la progresiva *tecnologización* somática del hombre -los "*posthuman bodies*" biogenéticos y cibernéticos-, ya no parece hoy mera utopía la contingencia tecnológica de la naturaleza humana. Surge así para algunos la necesidad de poner límites a tales intervenciones mediante la adscripción de un valor inherente a la naturaleza humana, una suerte de moralización o sacralización de la misma. [22] Pero esta empresa como lo testimonia la larga y compleja historia de la autocomprensión filosófica del hombre, presenta dificultades fundamentales al punto de concluir que no es posible una definición precisa de la naturaleza humana, a la cual sólo se le concedería una normatividad débil. [23] La apelación a la naturaleza humana en el contexto de la actual tecnociencia *antropoplástica* presupone una esencia fija e inmodificable del hombre, de la cual se derivarían valores universales e inmutables, con la prescripción incluso de un *noli me tangere* absoluto y formal, pues cuanto mayor sea la fuerza normativa de la naturaleza humana mayores serán los límites impuestos a la autode-terminación, la creatividad y la libertad

[20] MAINETTI, J. A., "La cuestión nominal de la bioética", en *Antropobioética*, op. cit., pp. 11-23.

[21] Cf. Véanse *The Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 28, N°, abril 2005, "Human Nature and Its Normative", y la entrada en la *Encyclopedia of Bioethics* "Human Nature".

[22] Véanse HABERMAS, J., *El futuro de la naturaleza humana. ¿Hacia una eugenesia liberal?*, Trad. esp., Paidós, Barcelona, 2002; y FUKUYAMA, F., *El fin del hombre. Consecuencias de la revolución biotecnológica*, Buenos Aires-Barcelona, Ediciones 2002.

[23] BAYERTZ, K. "Human Nature: how normative might it be?", en *The Journal of Medicine and Philosophy*, op. cit., pp. 131-150.

humanas, hontanar de la dignidad del hombre para el humanismo tradicional.

Sin embargo, si no quiere estar condenado a la utopía, el *poshumanismo* debe repensar los límites y posibilidades de la *conditio humana*, la finitud y perfectibi-

lidad del hombre, su negación y su afirmación del ser. En tal caso no hablaremos ya de *poshumanismo*, la abolición de la naturaleza humana, sino de *plus-humanismo*, la renovación del credo humanista: "*l'homme, c'est la Joie du Oui dans la tristesse du fini*". [24]

[24] RICOEUR, P., *L'homme faillible*, cit. por M. Philibert, *Ricoeur*, Editions Seghers, Paris, 1971, p. 70: "El hombre es la alegría del sí en la tristeza de lo finito".



NÓMINA DE TRABAJOS PRESENTADOS EN LAS PRIMERAS JORNADAS DE BIOÉTICA PERSONALISTA

Rosario - 6 -7 y 8 de septiembre de
2006

. *Enseñanza/aprendizaje de ética y responsabilidad profesional en el nuevo plan curricular de la Facultad de Ciencias Médicas (UNR).*

Boggione, Carina, Blanche, Mariano, Rodríguez Angelina, Baro Graf, Verónica, Fraix, Teresa.

Facultad de Ciencias Médicas (UNR).

. *Consideraciones bioéticas en relación con el manejo de animales de laboratorio*

Chapo, Gustavo, Fernández, M. del Carmen, Caferra, Digna.

Cátedra Química Biológica - Bioterio Central - Facultad de Ciencias Médicas - (UNR).

. *La medicalización de la muerte.*

Dibarbora, Elisa.

Facultad de Derecho - Consejo de Investigaciones - (UNR).

. *El consentimiento informado y su relación jurídica y bioética*

Frigieri, Víctor Agustín, Swinny, Susana Alicia.

Cátedra de Ética Profesional - Facultad de Medicina - Universidad Abierta Interamericana.

- . *Uso dual del conocimiento científico y las armas de destrucción masiva.*
Luque, Alica G., Pires, Miryam, Spanevello, Rolando A.
Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas, Universidad Nacional de Rosario - CONICET.
- . *Ética y medioambiente*
Ortolani, Vilma.
Facultad de Química – Pontificia Universidad Católica Argentina - sede Rosario
- . *Bioética en la educación superior: un resguardo de los derechos humanos.*
Pires, Miryam - Di Paolo, Oscar
Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas - (UNR).
- . *Justicia distributiva y compromiso social: una conducta ética. Relación entre índice de masa corporal y colesterolemia como factores de riesgo en una población pediátrica.*
Pituelli N., Corbera M., Rosillo I., D'Arrigo M., Lioi S., Turco M., Abras S., Beloscar, J.S.
Área Química Analítica Clínica – Facultad de Ciencias Bioquímicas y Farmacéuticas –Universidad Nacional de Rosario (UNR).
- . *Proceso de maduración de la personalidad. Criterios de madurez psicológica.*
Pochettino, Eduardo V.
Instituto de Bioética – Pontificia Universidad Católica Argentina - Sede Rosario.
- . *Consentimiento Informado*
Scremin, José Ángel.
Instituto de Bioética – Pontificia Universidad Católica Argentina - Sede Rosario.
- . *Consentimiento Informado en Odontología*
Scremin, José Ángel.
Instituto de Bioética – Pontificia Universidad Católica Argentina - Sede Rosario.

LIGADURA DE TROMPAS Y VASECTOMÍA

Declaración pública
Corporación de Abogados Católicos

*Buenos Aires, miércoles 14 de junio
de 2006*

Hemos tomado conocimiento de que las Comisiones de Salud y de Familia, Mujer, Niñez y Adolescencia, de la Cámara de Diputados de la Nación, expidieron un dictamen favorable al proyecto de ley nacional de anticoncepción quirúrgica (ligadura de trompas y vasectomía), sin someterlo previamente a consulta de las instituciones con competencia en temas médicos y deontológicos.

El hombre no es propietario ni dueño absoluto de su cuerpo, por lo que la disposición sobre sus órganos y miembros está sujeta a principios y normas que deben observar tanto el interesado como el médico interviniente.

El proyecto cuya sanción se anuncia como inminente autoriza una mutilación corporal que vulnera la dignidad de la persona humana. Además, el ordenamiento que con inquietante celeridad se pretende aprobar declara en su artículo 2° que "no se requiere indicación médica precisa, consentimiento del cónyuge o conviviente ni autorización judicial". De esta forma, se abandona el régimen establecido por el art. 20, inc. 18, de la ley 17.132 que regula el ejercicio de la medicina y se intenta despenalizar una conducta que configura hasta hoy el delito de lesiones.

El proyecto, además, pone en evidencia su orientación totalitaria al pretender imponer en su artículo 6° la obligación de practicar la esterilización quirúrgica a las autoridades de todos los establecimientos asistenciales, incluso confesionales, vulnerando así el derecho a la objeción de conciencia que se funda en los arts. 14 y 33 de la Constitución Nacional, y en los artículos 18 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, 18 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, y 12 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Todos estos instrumentos internacionales fueron incorporados a la Constitución por su artículo 75 inciso 22.

Con base en lo expuesto, la Corporación de Abogados Católicos reclama al Honorable Congreso de la Nación que no sancione el proyecto y que previamente lo someta a un amplio debate del que podamos participar quienes nos oponemos a este verdadero atropello contra la dignidad de quien, por la sola circunstancia de ser persona, es espíritu y cuerpo combinados a imagen de Dios, con una ineludible vocación de eternidad.

Juan Manuel Medrano
Secretario

Alberto E. Solanet
Presidente

ESTERILIZACIÓN: EL CONGRESO ARGENTINO LEGALIZA LIGADURA DE TROMPAS Y VASECTOMÍA

Servicio a la Vida (SEVI)
Movimiento Fundar
Gacetilla N° 179/06

*Buenos Aires, jueves 10 de agosto
de 2006*

En la sesión del miércoles 9 de agosto, el Senado sancionó una ley que establece el “derecho” de “toda persona mayor de edad” a “acceder a la realización de las prácticas denominadas ‘ligadura de trompas de Falopio’ y ‘ligadura de conductos deferentes o vasectomía’ en los servicios del sistema de salud” (art. 1).

La nueva ley aclara que “no se requiere consentimiento del cónyuge o conviviente ni autorización judicial”, salvo en los casos de personas declaradas judicialmente incapaces (arts. 2 y 3). Por su parte, el art. 4 establece los requisitos que debe reunir el consentimiento informado y en el art. 5 se señala que estas “intervenciones de contracepción quirúrgica” deben ser realizadas “sin cargo”, obligando a todos los agentes de salud, organizaciones de la seguridad social y medicinas prepagas a incorporar estas intervenciones en su cobertura gratuita.

El art. 6 contempla el “derecho” de médicos y auxiliares del sistema de salud a ejercer “objeción de conciencia”, pero aclara que la existencia de objetores no exime de responsabilidad al establecimiento asistencial de “disponer los reemplazos necesarios de manera inmediata”.

Finalmente, el art. 7 modifica la ley de ejercicio de la medicina en orden a legalizar estas intervenciones y el art. 8 las incluye entre las prestaciones del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (Ley 26.673).

Como ya hemos afirmado con anterioridad (ver gacetilla 169/06), esta iniciativa constituye una grave ofensa contra el derecho a la integridad corporal, que aparece reconocido en diversos tratados internacionales de Derechos Humanos. Además, resulta incompatible con el art. 91 del Código Penal, que tipifica como "lesión gravísima" a la esterilización. Por otra parte, es aceptado por la comunidad científica que se trata de operaciones "altamente irreversibles" y que la posibilidad de reversibilidad es remota y costosa.

Particularmente grave, además, es la inclusión de estas intervenciones entre las prestaciones del programa de Salud Sexual. Debe tenerse presente que el programa de Salud Sexual está diseñado e implementado desde una lógica de "monitoreo y seguimiento", con cupos y metas bien precisos. Como puede advertirse en el sitio de internet, se persigue alcanzar ciertos porcentajes de población "bajo programa" (http://www.msal.gov.ar/htm/site/salud_sexual/site/evolucion2.asp). Así, como ha sucedido en países como Perú, en orden al cumplimiento de dichas metas, la acción de los "efectores" reduce conside-

rablemente el margen de libertad de las personas, especialmente en los llamados "grupos de riesgo". Justamente en Perú se ha denunciado una campaña de esterilizaciones forzadas que afectaron a más de 300.000 mujeres y 24.000 hombres.

El caso peruano es paradigmático y ha sido motivo de denuncias en ámbitos internacionales, llegando el Estado peruano a reconocer su responsabilidad ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (<http://www.cidh.org/annualrep/2003sp/Peru.12191.htm>). En un informe de esta Comisión se afirma sobre Perú: "En septiembre de 1995 se promulgó la Ley N° 26530 que estableció el Programa Nacional de Planificación Familiar e implantó la esterilización como método de planificación familiar. Con base en esta ley, el Ministerio de Salud comenzó una campaña intensa de sensibilización por medio de festivales de salud, para inducir el uso de métodos anticonceptivos irreversibles y tratar de controlar de tal manera la tasa de natalidad, sobre todo entre las mujeres campesinas" (<http://www.cidh.org/countryrep/Peru2000sp/capitulo7.htm>).

Como bien señaló la Conferencia Episcopal, "la responsabilidad social del legislador ante esta decisión es muy grande, pues nos encontramos frente a una ley con efectos permanentes y duraderos" y, por eso, esperamos que esta ley sea vetada y no se implemente, y que no

sólo se busquen “soluciones no mutiladoras sino caminos de solidaridad y de promoción humana, que sean instrumentos útiles para trabajar por el bien

común y el desarrollo de las personas y las familias, respetando la dignidad e integridad del ser humano” (Declaración del 28/6/06).

DECLARACIÓN EN DEFENSA DE LA VIDA INOCENTE

Declaración pública
Corporación de Abogados Católicos

*Buenos Aires, domingo 30 de julio
de 2006*

Se ha anunciado públicamente el propósito de matar un niño de más de cuatro meses de gestación, concebido en el vientre de una mujer discapacitada supuestamente violada.

Los jueces de las instancias ordinarias han resuelto correctamente la cuestión defendiendo en forma estricta la vida inocente. El tema ha llegado a conocimiento de la Corte Suprema de la Provincia de Buenos Aires con un dictamen de la Procuración General que pretende convalidar la muerte provocada del niño en gestación.

El ministro de salud y el gobernador han formulado comentarios públicos favorables a la denominada "cultura de la muerte" que presionan sobre los jueces y vulneran la independencia del Poder Judicial.

Hay un principio de Derecho Natural, que tiene jerarquía constitucional y que se encuentra incorporado a la Convención Americana sobre Derechos Humanos y a la Convención sobre los Derechos del Niño, según el cual nadie, en ninguna circunstancia, puede atribuirse el derecho de matar de modo directo a un ser humano inocente.

Ese precepto fundamental, inscripto en el corazón de todos los hombres, y que no puede ser excepcionado en circunstancia alguna, se vería vulnerado de modo flagrante si los jueces, a pesar de carecer de atribuciones para ello, autorizaran tamaño crimen.

La discriminación que se intenta contra el niño en razón de la incapacidad de su madre suscita el recuerdo de las atrocidades cometidas por el régimen nacional socialista bajo el imperio del plan T-4 que ordenaba a los médicos eliminar a todos los nacidos con cualquier discapacidad.

La Corporación de Abogados Católicos declara públicamente su alarma ante el auspicio que la "cultura de la muerte" recibe por parte de algunos funcionarios y confía en que los jueces sabrán resguardar los derechos del niño, especialmente el derecho a nacer y a vivir, que constituye el principio y el fundamento de todos los demás.

Juan Manuel Medrano
Secretario

Alberto E. Solanet
Presidente

EN DEFENSA DE LA VIDA HUMANA INOCENTE

Declaración pública
Instituto de Bioética de la
Pontificia Universidad Católica
Argentina

*Buenos Aires, martes 1º de agosto
de 2006*

Ante la sentencia judicial de la Suprema Corte de la Provincia de Buenos Aires que ha autorizado un aborto en una persona menor de edad, la Facultad de Derecho, el *Instituto de Bioética* y el *Instituto para el Matrimonio y la Familia* de la Pontificia Universidad Católica Argentina declaran:

Al tiempo que expresamos nuestro respeto para con las personas involucradas en esta dolorosa y penosa historia, no podemos dejar de hacer una reflexión jurídica y ética desde nuestra misión universitaria ante un injusto fallo que autoriza la muerte de una persona por nacer, vulnerando su derecho fundamental a la vida e introduciendo en la convivencia social una dinámica de discriminación hacia los más débiles.

En efecto, la Constitución Nacional protege *la vida del ser humano desde el momento mismo de la concepción*. A tal fin incorpora con jerarquía constitucional los siguientes tratados internacionales de Derechos Humanos (art. 75 inc. 22 CN): 1. La Convención Americana sobre Derechos Humanos, que reconoce que "persona es todo ser humano" (art. 1) y que "toda persona tiene derecho a que se respete su vida... a partir del momento de la concepción" (art. 4). 2. La Convención de los Derechos del Niño,

que considera niño a "todo ser humano desde el momento de su concepción y hasta los dieciocho años de edad" (cfr. art. 2 de la Ley 23.849 ratificatoria de la Convención). 3. El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, que prohíbe aplicar la pena de muerte a mujeres en estado de gravidez (art. 6 inc. 5).

Por su parte, el art. 75 inc. 23 del texto constitucional establece que será facultad del Congreso Nacional dictar un régimen de seguridad social especial e integral en protección del niño en situación de desamparo, "desde el embarazo hasta la finalización de la lactancia, y de la madre...".

En concordancia, la Constitución de la provincia de Buenos Aires garantiza que todas las personas en la provincia gozan del derecho "a la vida, desde la concepción hasta la muerte natural" (art. 12).

Ante esta normativa constitucional es objetable la constitucionalidad del art. 86 inc. 2 del Código Penal que considera no punible el aborto de un embarazo resultante de una violación de una mujer idiota o demente. Nunca es el aborto una conducta autorizada o permitida por la ley, de modo que en ningún caso se puede autorizar judicialmente a quitarle la vida a un ser humano.

A mayor abundamiento, el Código Civil reconoce que son personas físicas

"todos los entes que presentasen signos característicos de humanidad, sin distinción de cualidades o accidentes, son personas de existencia visible" (art. 51) y "son personas por nacer las que no habiendo nacido están concebidas en el seno materno" (art. 63). Además, el Código Civil regula lo relativo a la patria potestad, entendida como el "conjunto de deberes y derechos que corresponden a los padres sobre las personas y bienes de los hijos, para su protección y formación integral, desde la concepción de éstos y mientras sean menores de edad y no se hayan emancipado" (art. 264).

Sin duda, la mujer violada no es culpable de la situación planteada, sino que ella es, por el contrario, una víctima; pero *la injusta agresión sufrida no se repara con otra agresión igualmente injusta contra una nueva víctima inocente* como es el concebido, sino más bien con una atención y contención de la mujer violada y del mismo bebé, que eventualmente puede encontrar una familia a través del instituto de la adopción. No se puede confundir el agresor y considerar de esta manera al bebé inocente y condenarlo a muerte. Recordamos que el Estado argentino está obligado a respetar el art. 3 de la Convención sobre los Derechos del Niño en tanto establece que "en todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas

o los órganos legislativos, una condición primordial a que lo que se atenderá será el **interés superior del niño**".

El hecho que la mujer menor de edad que vive este acontecimiento tenga capacidades especiales, hace que todas las determinaciones que se tomen, en los distintos ámbitos de decisión, deban ser aún más cuidadosas y respetuosas de su

libertad y de sus derechos, tutelados por sus padres o tutores: cuidado especial de su privacidad, de la intimidad de su vida sexual, de las circunstancias familiares y sociales. Consideramos que las dimensiones éticas y humanas deben prevalecer por encima de cualquier interés sectorial, político, ideológico o mediático que pretenda aprovecharse de estas personas para impulsar el aborto en nuestra patria.

UNA CUESTIÓN DE VIDA O MUERTE

Comunicado
144ª reunión de la Comisión
Permanente
Conferencia Episcopal Argentina

Buenos Aires, miércoles 23 de agosto de 2006

A los hermanos que creen en Dios y a todos los hombres de buena voluntad:

Como pastores de la Iglesia, les escribimos con la preocupación y la esperanza del amor que les debemos.

Hace pocos días una señora se presentó a un sacerdote con una hija discapacitada y con profunda alegría le dijo: "Gracias, padre, hace unos años usted me ayudó a ver claro. Yo estuve a punto de abortar ante la evidencia de las malformaciones de mi hija cuando estaba en mi vientre. Usted me ayudó a no hacerlo. Hoy esta hija es la que da sentido a mi vida. Aún con su discapacidad es la alegría de nuestra familia".

Nuestra experiencia eclesial puede mostrar miles de situaciones como ésta. ¿Cuál fue el móvil de ese sacerdote al ayudar a esa mujer? ¿Cuál es nuestro móvil al dirigirnos a las autoridades, a nuestros representantes y a todo el pueblo tratando de apostar por la vida e impedir la legalización del aborto? Créannos: sólo nos mueve el profundo amor de Dios por todos nosotros. Sólo nos mueve el deseo de valorar cada una de las vidas que se engendran y que ya son un ser constituido en el vientre de la madre.

Todos apreciamos lo que hizo la Madre Teresa por cada uno de esos seres débiles, olvidados de la sociedad, excluidos, moribundos en las calles. Esa mujer, de quien nadie puede dudar que sólo era impulsada por el amor, puso tanto empeño en ocuparse de los moribundos como en impedir que las madres cayeran en el gravísimo error de abortar a sus hijos.

Muchas veces se nos quiere hacer aparecer como retrógrados o fundamentalistas ante el tema del aborto. Se acepta y valora el trabajo de la Iglesia en favor de los pobres, pero se nos descalifica cuando defendemos el derecho a la vida. ¿Qué nos pasa como sociedad? Toda la tradición judeocristiana basada en los mandamientos de la Ley de Dios por miles de años consideró que el aborto es un crimen. ¿Qué luces ha recibido esta nueva cultura, qué revelaciones se nos han manifestado para descubrir que lo que siempre fue un mal tan grande hoy ya no lo es? También en otros tiempos hubo abortos, pero siempre se consideró que era un mal a desterrar. Las culturas cambian, pero los fundamentos esenciales de las personas permanecen. La Ley de Dios y el sentido común nos han enseñado que la vida es un gran bien que debemos preservar desde el momento que comienza.

Seguramente muchos de ustedes han visto la película en la que se ha filmado un aborto ("*El grito silencioso*"). La técnica nos permite apreciar que no hay

ninguna diferencia entre destrozarse el cráneo de esa pequeña criatura ya gestada o cometer el homicidio de un niño que camina por la calle.

En nuestros días se ha reavivado la polémica sobre la despenalización del aborto con motivo de situaciones muy dolorosas que afectan la vida de una joven discapacitada y de un ser inocente por nacer. Lo trágico de esta situación no puede hacernos olvidar que podemos asesinar a un inocente.

Esta polémica no es una discusión más entre tantas. Es una cuestión de fondo. Nunca, como en este caso, puede decirse que es una cuestión de vida o muerte. Tan es así, que involucra a todos los ciudadanos de cualquier credo o condición social. ¿Cuál será la opción de los argentinos? Cada uno en su conciencia debe discernir si quiere una sociedad que respete la vida de todos los seres engendrados. Los que creemos en Dios debemos darle ante todo a Él la propia respuesta. A los que no creen, los invitamos a que consideren qué les dice el sentido común frente a un ser ya engendrado que es verdadero sujeto de derechos humanos. A todos les pedimos, es más, les rogamos, asumir este tema con la seriedad que se merece.

Los cristianos, como nos enseña san Pablo, no entristezcamos a Dios: no sembraremos la cultura de la muerte en nues-

tra sociedad. Por el contrario, sembremos la esperanza y la alegría que provienen del amor de Dios por sus criaturas. Así nos lo enseñó Jesús, quien pidió al Padre que no

se pierda ninguno de los hermanos.

María, que en Belén alumbró al Hijo de Dios, nos ayude a optar siempre por la vida.

OBJECIONES A LA LEY DE EDUCACIÓN SEXUAL OBLIGATORIA

Comunicado de la Agencia
Informativa Católica Argentina
(AICA)

*Buenos Aires, jueves 5 de octubre de
2006*

Ante la sanción de la ley que obliga a dictar educación sexual en todas las escuelas del país y frente a la posible sanción de una norma similar en la Ciudad de Buenos Aires, la Corporación de Abogados Católicos advierte que los legisladores vulneran la prioridad que los padres tienen sobre sus hijos y la privacidad de las comunidades de los diversos credos, y dicen tener la certeza de que "su vigencia compulsiva no solucionará ninguno de los problemas que hoy afectan a nuestros niños y jóvenes".

Tras asegurar que leyes como ésta "sólo servirán para agravar el panorama sombrío", caracterizado por "el creciente incremento de la anomia moral y jurídica, sobre todo entre las jóvenes generaciones", sostiene que ese marco legal propuesto por el Congreso entra "en franca colisión con el fundamental principio de subsidiariedad en materia educativa".

"La ley contiene disposiciones absurdas como la obligación de impartir educación sexual a párvulos de tres o cuatro años, sin que sus padres puedan oponerse", cuestiona la Corporación en la declaración con la firma de su presidente, Alberto Solanet, y del secretario, Juan Manuel Medrano.

Una sola legisladora a favor de la familia

El boletín electrónico *Notivida* destaca la actitud de la senadora nacional Liliana Negre (Frente Justicialista, San Luis), que fue la única que votó en contra del proyecto, aprobado por 54 votos favorables, y "hasta el final sostuvo la bandera de la familia".

"No basta la mención a la comunidad educativa, no se puede igualar a los padres, a los docentes, a los exalumnos, a las ONGs, a los administrativos. El proyecto margina a la familia, a la que relega a un rol secundario", argumentó al votar por la negativa.

Acciones encubiertas

El Servicio a la Vida del movimiento universitario Fundar objeta que la normativa conlleve una "inadecuada protección del derecho de los padres a intervenir en lo relativo a la educación de sus hijos".

También alerta que la vinculación de la educación sexual con el programa de Salud Sexual constituye una muestra de una visión sesgada sobre la persona, la sexualidad y la familia, al tiempo que, bajo el nombre de "salud reproductiva" se encubren acciones destinadas a pro-

mover la anticoncepción, la esterilización y el aborto.

Qué dice la ley

La ley sancionada este miércoles 4 de octubre crea el Programa Nacional de Educación Sexual Integral, por el cual habrá educación sexual obligatoria en establecimientos públicos y privados, para los alumnos comprendidos entre el "Nivel Inicial hasta el Nivel Superior".

Entre los objetivos del programa están "la transmisión de conocimientos actualizados"; la "promoción de actitudes responsables" y la "prevención de los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva".

También especifica que el Ministerio de Educación de la Nación "definirá los lineamientos curriculares básicos" y, siguiendo esos lineamientos, las provincias diseñarán propuestas de enseñanza -con secuencias y pautas de abordaje pedagógico-, recomendarán los materiales didácticos; implementarán programas de capacitación docente continua; e incluirán los contenidos y didáctica de la educación sexual integral en los programas de formación de educadores. Prevé además la supervisión y evaluación de las actividades".

LA PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS

Comunicado de prensa
Conferencia Episcopal Argentina

*Buenos Aires, lunes 27 de noviembre
de 2006*

La Cámara de Diputados de la Nación está próxima a tratar un proyecto de ley que autoriza la venta y la distribución gratuita de las píldoras denominadas de "anticoncepción de emergencia", también conocidas como "píldora del día después". Los organismos de control sanitario reconocen que entre sus acciones esta droga impide la anidación o implantación del embrión en el útero materno. Se trata, por lo tanto, de un fármaco que atenta contra la vida humana, que la Constitución Nacional considera inviolable desde el momento de la concepción.

Los obispos de la Iglesia Católica en la Argentina, que reiteradamente han expresado su preocupación por la defensa de la vida, apelan una vez más a la conciencia de los legisladores nacionales y solicitan como ciudadanos el archivo definitivo de dicho proyecto.

SIGUE LA POLÉMICA: "EL ESTADO NO PUEDE PROMOVER LEYES QUE PERMITAN EL ABORTO CON PÍLDORAS"

Publicado en el diario *Clarín*

Buenos Aires, jueves 30 de noviembre de 2006

Así, el director de Instituto de Bioética de la UCA, Alberto Bochaty, cuestionó el proyecto de ley sobre "la píldora del día después", que facilitaría su distribución gratuita. En tanto, la diputada Alicia Tate dijo que la iniciativa se redactó en base a estudios científicos que demuestran lo contrario.

Dos píldoras en una caja de color rosa. La primera debe tomarse dentro de las 72 horas de haber tenido una relación sexual. La otra se ingiere 12 horas después. Un anticonceptivo oral de emergencia puede evitar un embarazo no deseado. Una pastilla que abrió la polémica pues la Iglesia la acusa de ser abortiva.

La Conferencia Episcopal exhortó el martes a los diputados a que "archiven definitivamente" un proyecto de ley que prevé la distribución gratuita en hospitales y centros de salud de la llamada "píldora del día después". Esta acusación fue descartada por la legisladora Alicia Tate, autora de la norma, quien negó que la pastilla sea abortiva.

"El proyecto lo redacté en base a estudios científicos que indican que es una píldora anticonceptiva para situaciones excepcionales. No produce el

embarazo, y por lo tanto, no puede provocar abortos. Ante esto voy a seguir insistiendo”, indicó a *Clarín.com* la diputada de la UCR.

La píldora tiene una doble acción sobre la ovulación. En el primer caso, si todavía la mujer no ha ovulado, al momento de ingerir la pastilla, ésta detiene el proceso de maduración de la misma. En el segundo caso, y es allí donde se abre la polémica, si la mujer está en la ovulación y se produce la fecundación, la droga impide que se den las condiciones para que se implante el embrión.

“Si una mujer ya está ovulando o está en proceso de maduración del folículo, puede producirse la concepción. Ante esto, la píldora va a seguir actuando. Estamos produciendo entonces un micro aborto; en ese sentido, es abortiva”, explicó el teólogo Alberto Bochaty, director del Instituto de Bioética de la Universidad Católica Argentina (UCA).

Sin embargo, esta hipótesis fue totalmente descartada por la doctora Mabel Bianco, directora de la Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer. “Esta es una píldora anticonceptiva, como las

tradicionales, nada más que actúa muy rápidamente y puede evitar la ovulación. Por lo tanto no es abortiva”, indicó.

Sobre la ley, la legisladora santafesina dijo que le ha dado una semana al oficialismo para que discuta el tema. Luego de ese plazo, dijo, insistirá en que la norma sea debatida en Diputados.

“Mi conciencia me indica que tengo que insistir con este proyecto. Esta ley apunta a la mejora de la salud pública y de la mujer en particular”, dijo Tate.

El director del Instituto de Bioética, insistió en que la Constitución argentina no permite el aborto, y por lo tanto, “no se pueden incluir tramposamente leyes especiales que admitan el aborto químico. El Estado no puede traicionarse a sí mismo, no puede traicionar sus fines y la esencia de la institución”.

En tanto, la directora de la Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer, dijo que lo único que busca esta ley, es un refuerzo para lograr que puedan distribuirse gratuitamente las píldoras en clínicas y hospitales.

Diego Peralta Murias

PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS. CONSIDERACIONES LEGISLATIVAS, CIENTÍFICAS Y ANTROPOLÓGICAS

Declaración pública
Instituto de Bioética
Facultad de Ciencias Médicas
Pontificia Universidad Católica
Argentina

*Buenos Aires, lunes 4 de diciembre
de 2006*

Ante el tratamiento veloz en la Cámara de Diputados de la Nación de un Proyecto de Ley para obligar "a suministrar en forma gratuita las píldoras anti-conceptivas de emergencia", el *Instituto de Bioética* de la Facultad de Ciencias Médicas, de la Pontificia Universidad Católica Argentina, declara:

A) Desde el punto de vista legislativo:

Es llamativo que se aborde el tema de la llamada "píldora del día después" sin un verdadero debate transdisciplinario y bioético, como ha sucedido en los países que han tenido que definirse al respecto. Es sabido que la "píldora del día después" no es solamente un anticonceptivo, y es por ello que tanto en los Estados Unidos de Norteamérica, Canadá, como en los países europeos que la han aceptado, la ciudadanía democrática ha tenido la oportunidad de un amplio y extenso debate que en muchos casos ha implicado años. Ningún anticonceptivo ha tenido tantas dificultades para ser aceptado científicamente: ¿por qué será?

En esta misma línea de pensamiento, si este fármaco es un mero anticonceptivo que sólo varía en la forma de ingesta y no en sus efectos: ¿por qué nuestros

legisladores buscan promulgar una ley especial y exclusiva para él? No hace falta recordar que la Ley 25.673 indica que se distribuyan gratuitamente todos los "anticonceptivos que sean reversibles, no abortivos y transitorios" (arts. 6 y 7). Es de suponer, entonces, que los legisladores al saber que este "anticonceptivo" no cumple con todas las características indicadas en la ley (y es evidente que sí cumple con la reversibilidad y la transitoriedad) quieran introducir "otra ley más", que le asegure inclusión a esta píldora con efectos abortivos, que de otra forma quedaría correctamente eliminada del nomenclador.

La dignidad de la persona y su inviolable e innegociable derecho a la vida necesitan ser reconocidas y tuteladas por el derecho positivo. Por lo tanto, podemos hablar de "Derecho Natural", con sus codificaciones legislativas, reafirmando que sus fundamentos no residen en el mero acto de la voluntad humana, sino en la misma naturaleza y dignidad de la persona. Es por esta razón que en la historia del derecho, la dignidad de la persona y el derecho a la vida siempre han sido cuidados especialmente de la arbitrariedad de cualquier pacto social o del consenso de la mayoría.

No desconocemos que, en nuestros días, existe una cierta tendencia en algunos grupos sociales que, exasperando la reivindicación de las libertades persona-

les individuales, pretenden que surja en la conciencia colectiva una mentalidad relativista donde nazca la exigencia a que el Estado deba garantizar y permitir prácticas y atentados contra la vida humana, especialmente cuando ésta es más débil, frágil y necesitada.

Por esto, unidos a muchas otras voces que reconocen, científica y éticamente el derecho a la vida como un derecho primario, el *Instituto de Bioética*, pide a las personas del derecho y a los legisladores, que elaboren dictámenes y normas jurídicas acordes a la verdad del Hombre (varón y mujer) y en tutela de su Libertad, que no puede existir si no se respeta toda vida y toda la vida.

B) Desde el punto de vista científico:

Aunque, como decíamos, no ha existido un debate serio y maduro, se ha hablado en los medios con superficialidad sobre si la píldora en cuestión es "científicamente no-abortiva" y "religiosamente abortiva". Es metodológicamente incorrecto desconocer el diálogo enriquecedor y dinámico que se da entre las ciencias duras y las ciencias humanistas. No es el lugar para explicitar los nuevos paradigmas científicos, sino para aportar, sin polémicas, datos que completen la información que no ha sido dada por los responsables.

Este fármaco actúa en cuatro sitios: 1.

El eje hipotálamo-hipófisis-ovario (inhibe la ovulación). 2. El cuerpo lúteo (efecto luteolítico). 3. Las trompas de Falopio (alteración de la motilidad tubárica). 4. El endometrio uterino (alteración del mismo). Al mismo tiempo provoca diversos efectos y su eficacia depende de dos factores: A) la precocidad de la ingesta y B) la fase del ciclo menstrual en que se encuentra la mujer cuando la realiza.

Por la brevedad de este comunicado, reflexionamos sobre los efectos que se pueden producir cuando no se logra la inhibición de la ovulación:

- a) Alteración de la motilidad tubárica: existiría una disminución de la aceleración de la motilidad tubárica con la consecuente dificultad de transporte del embrión. [1]
- b) Modificación de la estructura del endometrio: estas modificaciones son las responsables de impedir la anidación del embrión en el útero (efecto anti anidatorio o anti implantatorio). Las diferentes publicaciones, estudian la morfología y la funcionalidad del endometrio y recurren en particular al factor temprano de embarazo (*Early Pregnancy Factor*, EPF), que se encuentra en el suero materno desde la sexta hora después de la fecundación. Una variación en la fase pre y peri implantatoria, indicaría una fecundación que no podrá anidar o implantarse. [2]

En síntesis:

Si todavía la mujer no ha ovulado al momento de ingerir la droga, ésta podría detener el proceso de maduración del óvulo y no habrá fecundación y por lo tanto no hay aborto.

Si la mujer está en la ovulación o muy próxima a la misma y, efectivamente se produce la fecundación, la droga actúa sobre las trompas de Falopio y el endometrio, no permitiendo que se desarrolle correctamente y en condiciones para que se implante el embrión, produciéndose un aborto precoz.

C) Desde el punto de vista antropológico:

Quien recurre a esta droga (aunque sea por angustia y temor) tiene la intención de eliminar e interrumpir consecuencias naturales del acto sexual: la procreación en general y el procreado en particular. [3]

Tanto la Filosofía como la Teología, en consonancia con los principales tratados internacionales sobre la vida humana y los derechos del niño, y sobre la base de un análisis biológico completo, afirman que el embrión humano vivo (formado a partir de la unión de los gametos) es un sujeto humano, existente, con una identidad bien definida, diferente al padre y a la madre, el cual comienza desde ese momento a actualizar su propio desarrollo,

en forma coordinada, continua y gradual; de modo tal que nunca es una simple masa de células sino, siempre, un sujeto.

Como tal, tiene derecho a su propia vida y, en consecuencia, cualquier intervención que no sea a su favor, viola su derecho a la vida. Ningún fin, incluso supuestamente considerado bueno, puede justificar una intervención que produzca la muerte y eliminación de un ser humano. Un fin bueno, no hace buena una acción en sí mala.

Desde la Bioética personalista, proponemos la superación de ciertas ambigüedades que nos presenta el paradigma de una autonomía descontextualizada. Estamos frente a una antigua dinámica por la cual se quiere interrumpir la continuidad o correlación de los valores y las virtudes correspondientes a la vida humana. Desarticular la unidad esencial de la persona humana, nos lleva a una dualidad desintegradora incompatible con dicha vida.

El Proyecto de Ley que surge del Dictamen de Comisiones, ha eliminado el derecho a la objeción de conciencia. Esta

deliberada estrategia de exclusión es sumamente grave y viola toda la larga tradición ciudadana y democrática de uno de los derechos humanos fundamentales: la libertad de conciencia de los ciudadanos. La dignidad de todas y cada una de las personas, nos habla de la conciencia individual y de la indignidad de aquellos que pretendan limitarla o condicionarla. La mujer y todos los ciudadanos tienen el derecho a conocer todos los mecanismos posibles de acción de la "píldora del día después" por medio de una información clara y objetiva, para que puedan decidir con pleno conocimiento y recta conciencia sobre la conducta a seguir frente a este fármaco. [4]

Hacemos un llamado formal, como académicos y ciudadanos, a nuestros gobernantes para que cuiden como un valor precioso, la vida y la libertad responsable de todos.

P. Lic. Mg. Alberto G. Bochaty, O.S.A.
Director
Instituto de Bioética
Facultad de Ciencias Médicas
Pontificia Universidad Católica Argentina

Notas:

[1] MORRIS, J. M., VAN WAGENEN, G., *Interception: the Use of Postovulatory Estrogens to Prevent Implantation*, Am J Obstet Gynecol, 1973; 115: 101-106; COLE, L. A., SEIFER, D. B., KARDANA, A., et al., *Selecting Human Chorionic Gonadotropin Immunoassays: Consideration of Cross-Reacting Molecules in First-Trimester Pregnancy Serum and Urine*, Am J Obstet Gynecol, 1993, 168: 1580-1586; EDMONDS, D. K., LINDSAY, K. S., MILLER J. F., et al., *Early Embryonic Mortality in Women*, Fertil Steril, 1982, 38(4): 447-453.

[2] CAVANAGH, A. C., *An Update on the Identity of Early Pregnancy Factor and its Role in Early Pregnancy*, J. Assist Reprod Genet, 1997, 14: 492-495; BOSE, R., *An Update on the Identity of Early Pregnancy Factor and Its Role in Early Pregnancy*, *ibid.*, pp. 497-499.

NOYES, N., LIU, H. C., SULTAN, K., et al., *Endometrial Thickness Appears to Be a Significant Factor in Embryo Implantation in In-Vitro Fertilization*, Human Reprod, 1995, 10 (4): 919-922; GONEN, Y., CASPER, R. F., JACOBSON, W., et al., *Endometrial Thickness and Growth During Ovarian Stimulation: a Possible Predictor of Implantation in In-Vitro Fertilization*, Fertil Steril, 1989; 52: 446-450.

VAN SANTEN, M. R., HASPELS, A. A., HEIJEN, H. G. F., et al., *Interfering with Implantation by Postcoital Estrogen Administration. II. Endometrium Epithelial Cell Ultrastructure*, Contraception, 1988; 38: 711-724.

BOARD, J. A., *Endometrial Carbonic Anhydrase after Diethylstilboestrol as a Postcoital Antifertility Agent*, Obstet Gynecol, 1970: 36: 347-349.

KUBBA, A. A., WHITE, J. O., GUILLEBAUD, J., et al., *The Biochemistry of Human Endometrium after Two Regimens of Postcoital Contraception, a D (-) Norgestrel/Ethinylestradiol Combination or Danazol*, Fertil Steril, 1986; 45: 5212-516.

YUZPE, A.A., TURLOW, H.J., RAMZY, I., et al., *Postcoital Contraception: a Pilot Study*, J Reprod Med, 1974; 13: 53-61; LING, W. Y., WRIXON, W., ZAYID, I., et al., *Mode of*

Action of dl-Norgestrel and Ethinylestradiol Combination in Postcoital Contraception. II. Effect of Postovulatory Administration on Ovarian Function and Endometrium, Fertil Steril, 1983; 39: 292-297.

LING, W. Y., WRIXON, W., ACORN, T., et al., *Mode of Action of dl-Norgestrel and Ethinylestradiol Combination in Postcoital Contraception. III. Effect of Preovulatory Administration Following the Luteining Hormone Surge on Ovarian Steroidogenesis*, Fertil Steril, 1983; 40-631-636.

GRAYMOND, E., LOVELY, L. P., CHEN-KOK, M., et al., *Effect of Yuzpe Regimen of Emergency Contraception on Markers of Endometrial Receptivity*, Human Reprod, 2000; 15 (11): 2351-2355.

WANG, J-d., WU, J., CHENG, J., et al., *Effects of Emergency Contraceptive Mifepristone and Levonorgestrel on the Endometrium of the Time of Implantation*. In: *Proceeding of the International Conference on Reproductive Health*, 1998 mar. 15-19; Mumbai, India.

LANDGREN, B. M., JOHANNISON, E., AEDO, A. R., et al., *The effect of levonorgestrel administered in large doses at different stages of the cycle on ovarian function and endometrial morphology*, Contraception, 1989; 39: 275-289.

LESSEY, B. A., CASTELBAUM, A. J., BUCK, C. A., et al., *Further characterization of endometrial integrins during the menstrual cycle and in pregnancy*, Fertil Steril, 1994; 62: 497-506.

LESSEY, B. A., DAMJANOCIVICH, A. J., BUCK, C. A., et al., *Integrin adhesion molecules in the human endometrium. Correlation with the normal abnormal menstrual cycle*, J Clin Invest, 1992; 90: 188-195.

[3] Cfr. DI PIETRO, Maria Luisa; MONACORI, Roberta: *La Contraccezione D'emergenza*, *Medicina e Morale* 1 (2001) 11:39.

Cfr. Instituto de Bioética: *Sobre la Píldora del día después*, Buenos Aires, UCA (2004).

[4] LARIMORE, W. L., STANFORD, J. B., *Postfertilization Effects of Oral Contraceptives and Their Relationship to Informed Consent*, Arch Fam Med, 2000; 9: 126-133.

MUJER: DECLARACIÓN DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA SOBRE EL PROTOCOLO FACULTATIVO

Declaración pública
Facultad de Derecho
Instituto de Bioética
Instituto para el Matrimonio y la
Familia
Pontificia Universidad Católica
Argentina

*Buenos Aires, martes 14 de
noviembre de 2006*

Las Comisiones de Relaciones Exteriores y Familia de la Cámara de Diputados de la Nación tratarían en el día de la fecha el proyecto de ley de ratificación del Protocolo Adicional de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. En este sentido, la Facultad de Derecho, el Instituto de Bioética y el Instituto para el Matrimonio y la Familia de la Pontificia Universidad Católica Argentina emitieron una Declaración, que transcribimos a continuación.

ANTE UN PROTOCOLO QUE NO PROMUEVE A LA MUJER

Ante el inminente tratamiento por parte de la Cámara de Diputados de la Nación del "Protocolo Adicional de la CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER" (CEDAW) la Facultad de Derecho, el Instituto de Matrimonio y Familia y el Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Católica Argentina quieren aportar algunas observaciones y reflexiones, llamando la atención sobre la inconstitucionalidad del mencionado instrumento internacional.

La promoción de la dignidad de la mujer debe ser un objetivo prioritario de las políticas públicas e implica el enalte-

cimiento de la mujer en todas sus dimensiones. Esta promoción es de tal entidad que no admite reducciones operadas por intereses creados, ya que "el espíritu de la Convención tiene su génesis en los objetivos de las Naciones Unidas: reafirmar la fe en los derechos humanos fundamentales, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres" (CEDAW, Introducción).

Ahora bien, la ratificación del Protocolo Facultativo importa la ampliación de las facultades del Comité creado por el artículo 17 de la CEDAW.

Los dictámenes de este Comité forzarían a la Argentina a adecuar sus políticas a sus directivas y recomendaciones. Esta vulneración de la soberanía se operaría de dos formas: a) por control internacional de las políticas públicas nacionales, de las que el Estado debería rendir cuenta periódica y b) por "invitaciones" a adecuar la legislación y políticas públicas a las sugerencias del Comité.

El Comité es reconocido por su visión reduccionista de la mujer y violatoria de los derechos humanos en su visión integral. En sus recomendaciones ha inducido claramente a propiciar y facilitar el aborto en la Argentina (CEDAW/C/SR.660. 30-03-2005). En otras ocasiones ha sugerido vulnerar la libertad de conciencia (CEDAW/A/53/38/Rev.1).

Estas últimas recomendaciones del Comité evidencian la voluntad de una legalización del aborto voluntario en nuestro país, violentando así el derecho a la vida que la Constitución Nacional y todo el ordenamiento jurídico reconocen desde el momento mismo de la concepción. La búsqueda del pleno reconocimiento de la dignidad y aportes de la mujer no puede ser instrumentalizada para legalizar un crimen ni para otorgar poderes a organismos que bajo ciertas ideologías podrían llegar a vulnerar la soberanía nacional.

Por otra parte, consideramos que la ratificación del protocolo adicional no es obligatoria y fue hecha por apenas 63 de los 185 Estados suscriptores de la CEDAW. Debe llamar la atención que países como los Estados Unidos, Alemania, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Australia, Canadá, Federación de Rusia, Grecia, Japón, entre otros, no ratificaron el protocolo facultativo.

El Estado argentino se ha obligado a políticas de promoción de la igualdad de la mujer. Nosotros, como ciudadanos, renovando nuestro compromiso permanente en la defensa integral de la mujer contra cualquier tipo de discriminación, aspiramos a que el Estado continúe representando este ideal en la auténtica y plena vigencia del valor universal de todos los derechos humanos.

INTERVENCIÓN DE MONS.
ELIO SGRECCIA, PRESIDENTE
DE LA ACADEMIA PONTIFICIA
PARA LA VIDA EN EL
CONGRESO INTERNACIONAL
SOBRE LAS CÉLULAS MADRE
Y EL FUTURO DE LA TERAPIA
REGENERATIVA

LAS CÉLULAS MADRE: ¿QUÉ FUTURO PARA LA TERAPIA?

Aunque apenas han pasado cuarenta años desde los primeros anuncios de su descubrimiento, se puede argüir que el capítulo de la investigación y el uso de las células madre constituirá un paso históricamente significativo en el desarrollo de las ciencias biológicas y de la terapia médica. Ciertamente, se puede afirmar que en este momento el tema no sólo ocupa la atención de los investigadores y de los especialistas de las terapias médicas, sino que también suscita un intenso debate en el ámbito ético, social y político.

No debe sorprender que el saber científico, caracterizado por su precisión y controlado por la experimentación, suscite el debate ético y a veces también, como en este caso, el social y político.

Ya Romano Guardini, en la década de 1960, escribió que el hombre, al conocer, realiza un nuevo acercamiento al mundo, al que también él pertenece, pero al mismo tiempo el conocimiento lo pone frente a él y esta lejanía y cercanía a la vez, este situarse frente a él y al mismo tiempo dentro de él, equivale a un riesgo.

Guardini explica, en definitiva, que con el conocimiento se pone en marcha en el espíritu humano tanto la embriaguez del descubrimiento como la relación entre la verdad y la libertad (cf. *Ética*, ed. Morcelliana, Brescia, 2001, pp. 693-708).

Y es en esta relación donde se presentan el riesgo y la responsabilidad ética, tanto en el momento en que el descubrimiento se comunica como en el que se aplica. Esas observaciones son plenamente acertadas con respecto a lo que ha sucedido en el caso del descubrimiento de las células madre.

UN DESCUBRIMIENTO PROMETEDOR

El descubrimiento de las células madre presentes en el cuerpo del adulto -en el congreso de Roma se hablará sobre todo de éstas- se anunció por primera vez en 1961 (J. Till y E. McCulloch), a la luz de los resultados de una investigación sobre células hemáticas de ratones; sucesivamente, las investigaciones se multiplicaron y actualmente cerca de quinientos artículos publicados en revistas científicas han atestiguado la existencia, en varios sectores del organismo humano y en varios tejidos, de reservas de células especiales, diversas por su forma y calidad de las células normales, las cuales poseen una doble capacidad: poderse duplicar indefinidamente, y orientar y diferenciar dentro de distintos tipos de tejidos, por lo que se las denomina "pluripotentes".

Estas células tienen la función de sustituir las células destruidas o perdidas en los diversos tipos de tejidos a donde se las llama porque resulta necesario reparar las células que han quedado destruidas. En

inglés se las denomina *stem-cells*; en francés, *cellules souches*; en español, *células madre*; en italiano, *cellule staminali adulte o somatiche*. El nombre "*staminali*" indica la capacidad que tienen de hacer que, como en los vegetales, de un brote inicial derive el crecimiento sucesivo.

Ese proceso de "regeneración" se ha realizado desde siempre en el organismo como una auto-reparación espontánea, aunque no era conocido por los estudiosos.

Haber descubierto este tipo de recurso biológico, así como su mecanismo y su finalidad, ha entusiasmado legítimamente a los investigadores y ha hecho que, después de los resultados ya estimulantes, se espere que se puedan utilizar en caso de lesiones graves de tejidos del organismo, extrayéndolas del organismo adulto, multiplicándolas en el laboratorio en la cantidad que sea necesaria, y volviéndolas a insertar en el tejido u órgano lesionado. Algunos investigadores creen que será posible estimular su producción dentro del organismo mismo, sin extraerlas, para que se reproduzcan en cantidad suficiente para la regeneración *in situ*.

Es amplia la gama de enfermedades que implican degeneración de los tejidos; y diversas situaciones han sido objeto de investigación experimental: el infarto, las enfermedades de la sangre, las enfermedades degenerativas del sistema nervioso (Parkinson y Alzheimer); y, al parecer,

otras varias condiciones podrían beneficiarse de este tipo de terapia.

Una reserva de células madre especial por su cantidad y facilidad de extracción se ha descubierto en el cordón umbilical que se quita al nacer el niño y que normalmente se desecha. Hoy se están construyendo bancos de células madre procedentes de cordones umbilicales.

El congreso toma como punto de partida la necesidad de hacer un balance sobre las distintas investigaciones y sobre sus resultados, escuchando a los investigadores que han llevado a cabo esos experimentos y estimulando así la relación y la colaboración entre estudiosos de varias naciones y también de diferentes culturas y orientaciones religiosas.

EL DEBATE

Pero, para explicar el debate actual, es preciso recordar que entre los investigadores ha surgido pronto una orientación muy diferente, en la que se prevé utilizar las células madre del embrión creado *in vitro* mediante fecundación artificial o

mediante clonación (transferencia de núcleo), en el momento en que llega a la fase de blastocito. Este camino ya se ha seguido desde hace tiempo con animales: investigaciones con ratones (1965, 1981, 1992); luego, se han realizado experimentos con embriones humanos, sobre todo desde 1994, tras las investigaciones de J.A. Thomson y J.D. Gerardt llevadas a cabo por separado, los cuales utilizaron embriones humanos producidos *in vitro*, cortándolos (por tanto, matándolos). Así se estableció una divergencia metodológica y sobre todo estalló el debate ético.

Los experimentos con embriones por ahora no han dado resultados en el campo terapéutico y sobre todo queda sin resolver el problema ético, porque, cuando se extraen las células internas del embrión humano en la fase de blastocito, se produce necesariamente como consecuencia la eliminación del embrión mismo.

El tema del estatuto antropológico y ético del embrión se vuelve a poner en el centro de la discusión.

PUBLICACIONES DEL INSTITUTO DE BIOÉTICA

PRINCIPIOS
DE BIOÉTICA

IN II

CATECISMO
DE LA IGLESIA
CATÓLICA

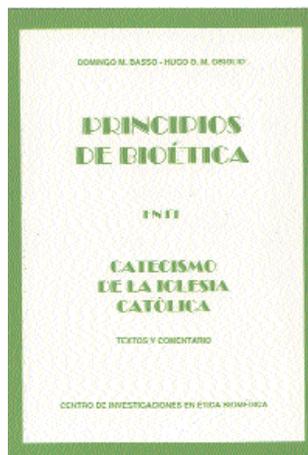
LA VIDA
FRÁGIL

Jornada
por la Vida

LA BIOÉTICA
COMO PRÁXIS

ANGILO SCOLA

¿QUÉ ES LA VIDA?



PRINCIPIOS DE BIOÉTICA EN EL CATECISMO DE LA IGLESIA CATÓLICA

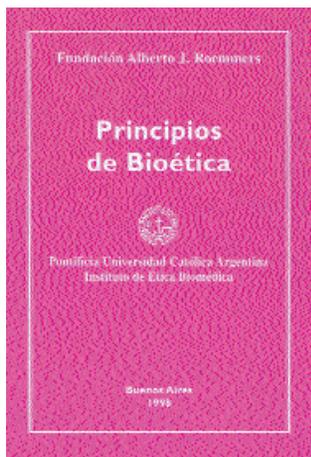
Autores

Domingo M. Basso

Hugo O. M. Obiglio

Dos son los capítulos en que se desarrolla esta obra. El primero de ellos recoge la enseñanza del *Catecismo* sobre los principios fundamentales del orden moral; el segundo, presenta una recopilación de todos los textos que sintetizan los criterios explícitos sobre cuestiones puntuales de Bioética formulados en numerosos documentos, más o menos recientes, del Magisterio de la Iglesia.

Editado por el Centro de Investigaciones en Ética Biomédica, Buenos Aires, 1993.
Pags. 134.

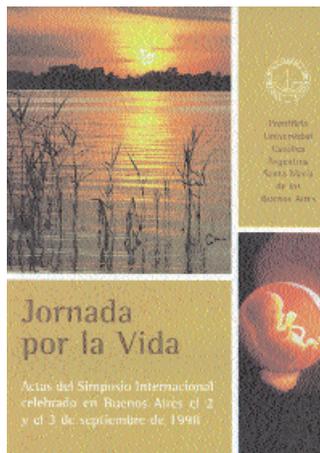


PRINCIPIOS DE BIOÉTICA

Actas del Simposio realizado del 17 al 19 de abril de 1998 en "La Armonía", Cobo, prov. de Buenos Aires. Organizado por el Instituto de Ética Biomédica de la Pontificia Universidad Católica Argentina - Coordinador: Hugo O. M. Obiglio.

Contenido: Aspectos históricos de los principios que soportan la Bioética; De los principios éticos a los bioéticos: algunas precisiones preliminares; Hacia un examen de la cuestión de los Principios de la Bioética; Examen de las actitudes y de los Principios de la Bioética contemporánea predominante; Conclusiones y esbozos para una posterior redacción de Principios.

Editado por la Fundación Alberto J. Roemmers, Buenos Aires, 1998. Págs. 261.

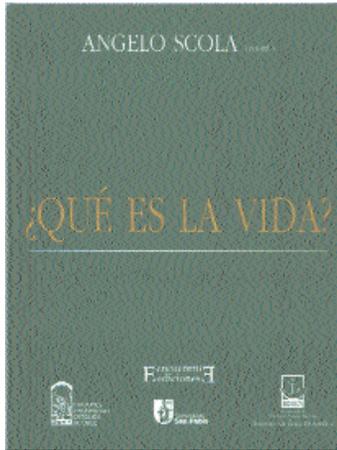


JORNADA POR LA VIDA

Actas del Simposio Internacional celebrado en Buenos Aires el 2 y 3 de septiembre de 1998 en la sede de la Pontificia Universidad Católica Argentina - Coordinador: Hugo O. M. Obiglio.

Contenido: Fundamentos antropológicos de la cultura por la vida; Problemática de la procreación: reflexiones sobre el inicio de la vida; ¿Cuál es el riesgo de las técnicas de fecundación artificial?; Los efectos psicológicos del aborto en la familia; El derecho ante intereses implicados en la procreación artificial; La protección constitucional del derecho a la vida; Las distintas concepciones filosóficas y la legislación europea sobre el no nacido; El derecho a la vida como fundamento de los derechos humanos; Los derechos del nascituro y la manipulación genética; Derecho a la vida y Política Nacional.

Editado por EDUCA -Ediciones de la Universidad Católica Argentina- Buenos Aires, 1999. Págs. 217.

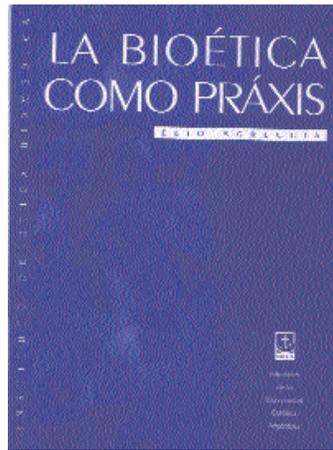


¿QUÉ ES LA VIDA?

Autores varios
 Coordinador: Angelo Scola

Todos los fenómenos que se desarrollan con excesiva velocidad necesitan definir mejor su naturaleza y su método. Este es el caso de la bioética, donde la urgencia por regular una materia tan delicada ha llevado a dejar en segundo plano el estudio del objeto que se quiere regular: ¿qué es la vida? La bioética seguirá cuestionada mientras no se dé respuesta a esta pregunta, que es previa a todo debate. Este libro pretende ayudar al lector a profundizar en el fenómeno de la vida humana.

Editado por EDUCA -Ediciones de la Universidad Católica Argentina- para el Instituto de Ética Biomédica, junto a la Universidad Católica de Chile y la Universidad de San Pablo. Buenos Aires, 1999.
 Págs. 311.

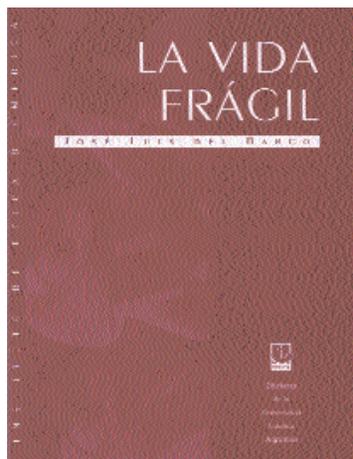


LA BIOÉTICA COMO PRAXIS

Autor
 Elio Sgreccia

Las páginas de este libro presentan el valioso aporte al saber bioético brindado por S.E.R. Mons. Elio Sgreccia en las conferencias "Derechos Humanos y Bioética. De la Bioética al Bioderecho", "El Siglo XX como siglo de la Bioética" y "La asistencia médica a los enfermos y a los moribundos: la proporcionalidad terapéutica", ofrecidas durante su visita al Instituto de Ética Biomédica con motivo de la designación, por parte de la Pontificia Universidad Católica Argentina, como *Profesor Honoris Causa*.

Editado por EDUCA -Ediciones de la Universidad Católica Argentina- Buenos Aires, 2000.
 Reimpresión , 2004.
 Págs. 101.



LA VIDA FRÁGIL

Autor

José Luis Del Barco

"Seguramente, el olvido más grave de nuestro siglo, un olvido lamentable ocasionador de ruinas, haya sido dar la espalda a la sabia razón práctica, cuya lamentable ausencia de patria necesitada ha dejado a nuestro tiempo en un estado penoso de oscuridad duplicada, como una tiniebla negra fatalmente ensombrecida, y ha causado una orfandad de desamparo completo a la moral, a la ética, al derecho, a la política: a todas las ciencias prácticas. Otros olvidos podrían contemplarse con desapego o con frialdad de estatua, como el amigo fingido al amigo que se marcha, pero el de la razón práctica no, pues sin ella nos hundimos en un foso de ignorancias y nos quedamos sin medios, sin recursos, sin ideas para encarar con prudencia las dudas existenciales de la cultura de enigmas que anuncia el nuevo milenio, entre ellas, las inquietantes de la ciencia bioética".

Editado por EDUCA -Ediciones de la Universidad Católica Argentina- Buenos Aires, 2000.

Págs. 203.



SEXUALIDAD Y PROCREACIÓN HUMANA

Autora

María Luisa Di Pietro

"El punto de vista frente a la procreación aparece hoy ambivalente: al 'miedo' al hijo, que lleva a la difusión de una mentalidad contraceptiva y abortiva, se contraponen el deseo del hijo a satisfacer incluso con el recurso a las técnicas de fecundación artificial. Y si, a primera vista, la contracepción y el aborto parecen negar la vida y la fecundación artificial rendirle un servicio, la mentalidad que subyace a ambas opciones es, en realidad, única.

A través de la descripción de los eventos, el análisis de las ideologías, el desenmascaramiento de la 'neolengua', el libro se propone como una investigación de las razones que han llevado a este estado de hecho y encuentra la raíz última en aquella 'banalización de la sexualidad' que Juan Pablo II ha indicado -en el n.º 97 de la Carta Encíclica *Evangelium Vitae*- justamente como uno de los 'principales factores que se encuentran en el origen del desprecio a la vida naciente', porque 'sólo un amor verdadero sabe custodiar la vida'".

Editado por EDUCA para el Instituto de Bioética, Buenos Aires, 2005.

Págs. 351.



Revista Vida y Ética Año 1 / Nro. 0 / Diciembre 2000

- . Humanizar la medicina
- . Fecundación y concepción: ¿hasta dónde coinciden?
- . Consecuencias psicológicas del aborto en la mujer a muy corto plazo
- . Uso compasivo de medicación de enfermedad neuropediátrica de evolución fatal: consideraciones éticas



Revista Vida y Ética
Año 2 / Nro. 1 / Julio 2001

- . Biodiversidad y biotecnología
 - . La naturaleza como recurso moral
 - . Constitución, derechos humanos y fecundación asistida
- Límites constitucionales y éticos jurídicos a su regulación con motivo de un caso judicial



Revista Vida y Ética
Año 2 / Nro. 2 / Diciembre 2001

- . La bioética personalista
- . Vida humana y sexualidad. San Agustín y la persona
- . Bioética. Los diez primeros años de un comité de ética hospitalario latinoamericano
- . Tratamiento de una mujer con conductas homosexuales. Un reto a la bioética y un desafío terapéutico
- . La píldora del día después. Consideraciones antropológicas y éticas
- . Clonación. Una mirada desde la ética y el derecho
- . Células estaminales y clonación terapéutica
- . Importancia de la familia para el potencial demográfico de las naciones en un mundo globalizado
- . *Evangelium vitae*: cinco años de confrontación con la sociedad
- . VI Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida. Comunicado final Vaticano, 11-14 de febrero de 2000
- . Discurso de Juan Pablo II a los participantes en la VII Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida
- . Para que tengan vida y la tengan en abundancia. Mensaje de Juan Pablo II para la IX Jornada Mundial del Enfermo
- . Ley de salud reproductiva: diálogo con diputados y senadores



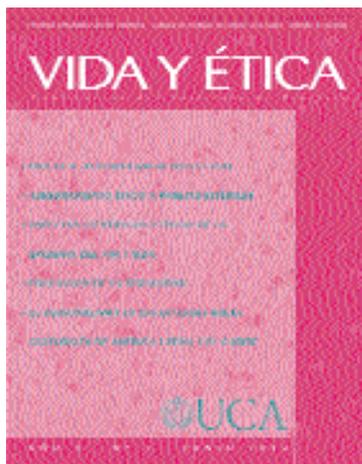
Revista Vida y Ética Año 3 / Nro. 1 / Junio 2002

- . El embrión humano: ¿cúmulo de células o individuo humano?
- . Los orígenes de la bioética
- . Importancia de la noción de persona como fundamento de la bioética
- . El Proyecto genoma humano. Historia y resultados
- . La Naturaleza del Amor Conyugal y su relación con la dignidad de la vida humana en el pensamiento de Juan Pablo II
- . Anencefálicos y autorización a inducir un parto. A propósito de un fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación Argentina
- . Anencefalia: un problema actual
- . El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y secreto médico
- . Discurso de Juan Pablo II a la Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida
- . Naturaleza y dignidad de la Persona Humana como fundamento del derecho a la vida: desafíos del contexto cultural contemporáneo
- . Haced que la voz de la Santa Sede llegue a los "aerópagos" de la cultura moderna. Mensaje de Su Santidad Juan Pablo II al Cardenal Paul Poupard
- . Intervención de S.E.R. Mons. Javier Lozano Barragán en la 55ª Asamblea de la Organización Mundial de la Salud
- . Identidad y estatuto del embrión humano
- . La salud reproductiva de los refugiados. Mensaje de los Pontificios Consejos para la Pastoral de la Salud, para la Pastoral de los Migrantes e Itinerantes y para la Familia, dirigido a las Conferencias Episcopales
- . Día nacional de la santidad de la vida humana 2002. Proclamación
- . La píldora del día después es abortiva. Dictamen del Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Católica Argentina



Revista Vida y Ética Año 3 / Nro. 2 / Diciembre 2002

- . Bioética de las virtudes. Experiencia clínica
- . UCA - Georgetown: Diálogos de Bioética
- . Ciencia y respeto por la persona
- . Una herramienta para valorar la calidad de la comunicación en la atención sanitaria
- . Razones para no abortar
- . Bioética: el camino de la ética médica en el nuevo milenio
- . Proyecto genoma humano y bioética (II)
- . Muerte y eutanasia
- . Eutanasia
- . El comienzo de la persona humana en Vélez Sarsfield
- . Discurso del Santo Padre Juan Pablo II a la Conferencia Internacional sobre Globalización y Educación Católica Superior
- . Discurso del Santo Padre Juan Pablo II a la XVII Conferencia Internacional sobre la Pastoral de la Salud
- . Discurso del Santo Padre Juan Pablo II a los participantes de la Asamblea Plenaria de la Academia de Ciencias
- . Intervención de la delegación de la Santa Sede en la Comisión Especial de la 57ª Asamblea General de las Naciones Unidas sobre Clonación de Embriones Humanos
- . Intervención de S.E.R. Mons. Renato R. Martino en el tercer Comité de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre envejecimiento
- . Sobre algunas cuestiones relativas al compromiso y la conducta de los Católicos en la vida política
- . Nota doctrinal de la Congregación para la Doctrina de la Fe
- . Ley de Uniones Civiles de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires



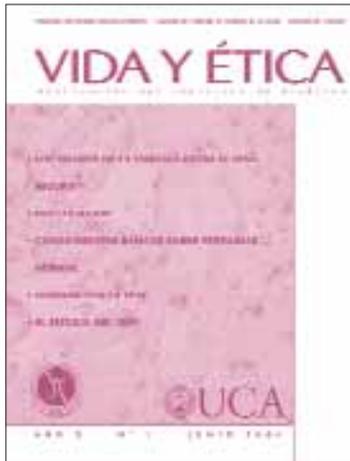
Revista Vida y Ética
Año 4 / Nro. 1 / Junio 2003

- . Bioética: autobiografía intelectual
- . Asesoramiento ético a parejas estériles
- . Aspectos Científicos y Éticos de la Epidemia de VIH y SIDA. Hacia una propuesta auténticamente humana
- . Educación de la sexualidad
- . El Personalismo en las Diversas Áreas Culturales de América Latina y el Caribe
- . Algunos aspectos éticos de la sexualidad humana
- . Filiación por dación o abandono del concebido crioconservado. Técnicas de Procreación Humana Asistida. Reglamentación legal en la República Argentina.
- . Clonación: panorama legal mundial. Límites jurídicos vs. Libertad de investigación. Efectos en el Derecho de Familia.
- . Embarazos incompatibles con la vida. Declaración del Instituto de Bioética, UCA
- . ¿Ovulaciones múltiples en la mujer? Aclaración del Instituto de Bioética. Pontificia Universidad Católica Argentina
- . Ética de la investigación biomédica: para una visión cristiana
- . Consideraciones acerca de los proyectos de reconocimiento legal de las uniones entre personas homosexuales.



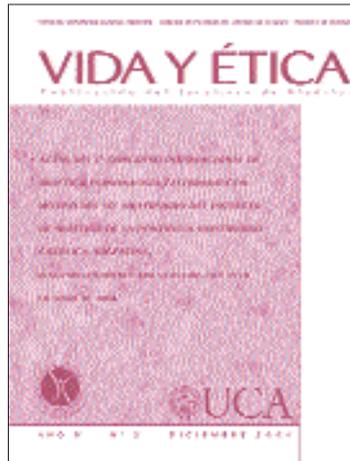
Revista Vida y Ética
Año 4 / Nro. 2 / Diciembre 2003

- . Fundamentos filosóficos y teológicos de la Bioética
- . Dilemas en el tratamiento al inicio de la vida
- . Contextualizando la discusión sobre clonación: premisas ideológicas y asuntos olvidados
- . La peligrosa pendiente que convierte los delitos en derechos. La protección jurídica del embrión a 30 años de Roe vs. Wade
- . La importancia de la sociedad civil ante el proceso de desarrollo de la investigación científica
- . La Bioética: de la ética clínica a una Bioética Social
- . Las llamadas "uniones civiles". Ataque al matrimonio
- . Clonación: pérdida de la paternidad y negación de la familia
- . Conclusiones del Congreso Teológico - Pastoral sobre la Familia
- . Discurso de Juan Pablo II
IV Encuentro Mundial de las Familias. Pontificio Consejo para la Familia
- . Homilía del Cardenal Alfonso López Trujillo
IV Encuentro Mundial de las Familias. Pontificio Consejo para la Familia



Revista Vida y Ética
Año 5 / Nro. 1 / Junio 2004

- . Los valores de la familia contra el sexo seguro
- . Desafíos de la bioética en el siglo XXI: nueva genética, manipulación y progreso
- . Conocimientos básicos sobre fertilidad humana. Conocimientos sobre métodos de planificación familiar
- . Jornada por la Vida.
- . Celebración del Día del Niño por Nacer
- . El estudio del ADN
- . La belleza del amor, la sexualidad y la vida
- . La familia: imagen del amor de Dios
- . Reflexión sobre situaciones difíciles y ambigüedades en referencia a la vida, la familia y algunas cuestiones éticas
- . Aborto
- . Presencia del Instituto de Bioética en el debate público
- . Comentarios a propósito del III Congreso Mundial de Familias
- . La dignidad de la procreación humana y las tecnologías reproductivas
- . Aspectos antropológicos y éticos.
- . Comunicado Final de la X Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida, Vaticano, 21 de febrero de 2004
- . Reflexiones sobre los problemas científicos y éticos relativos al estado vegetativo.
- . Declaración común de la Academia Pontificia para la Vida y la Federación Mundial de Asociaciones de Médicos Católicos Vaticano, 17 - 20 de marzo de 2004



Revista Vida y Ética
Año 5 / Nro. 2 / Diciembre 2004
Número Aniversario - 10 años del
Instituto de Bioética

- . Apertura - Palabras de bienvenida
- . Necesidad de una Bioética Personalista
- . Teología, Filosofía y ciencias al servicio de la Verdad y de la Vida
- . Pontificia Academia para la Vida: bastión en la defensa de la vida
- . La Bioética Personalista en Estados Unidos
- . Personalismo: comparando y contrastando dos enfoques
- . La normativa italiana sobre reproducción médicamente asistida en el contexto europeo
- . Metodología de la Ética clínica y enfoque Personalista en las decisiones médicas
- . Bioética Personalista y consideraciones respecto del final de la vida
- . Ética al final de la vida. Aplicación a personas en estado vegetativo
- . Responsabilidad: concepto eje en el tema de la salud
- . La responsabilidad como eje de la relación clínica
- . Bioética Integral. Persona como objeto y persona como sujeto
- . Situación de la Bioética Personalista en España
- . El Instituto de Bioética hoy: Bioética y Teología
- . El Instituto de Bioética hoy: Bioética y Biotecnologías
- . El Instituto de Bioética hoy: Bioética y Filosofía
- . El Instituto de Bioética hoy: Bioética y Familia
- . El Instituto de Bioética hoy: Bioderecho
- . Bioética Personalista: caminos de diálogo a favor de una Cultura de la Vida
- . Teología de la Vida
- . Contracepción y aborto como frutos de una misma planta: la continuidad de la enseñanza entre *Humanae Vitae* y *Evangelium Vitae*
- . Estatuto jurídico del embrión en la Argentina
- . Proporcionalidad terapéutica
- . Decisiones en medicina crítica: entre el encarnizamiento terapéutico y la eutanasia
- . Aplicaciones pastorales de la Bioética Personalista



Revista Vida y Ética
Año 6 / Nro. 1 / Junio 2005

- . ¿Fundamentos religiosos de la Bioética?
- . La contribución de la religión a la Bioética
- . El Don de la felicidad
- . La Bioética y la corporeidad
- . Ontología de la corporeidad. La dimensión exterior de la persona humana
- . Jurisprudencia y Bioética: balance de 20 años de democracia
- . ¿Qué legislación en Bioética?
- . La Bioética en la perspectiva de la ciencia moral
- . Responsabilidad y Ética. Sugerencias de Emmanuel Lévinas
- . Debate: ¿se debe despenalizar el aborto?
- . Necesidad de proteger al más débil
- . El derecho a tomar decisiones
- . El conflicto de la futilidad terapéutica
- . Aborto terapéutico. Declaración del Instituto de Bioética
- . Aborto: análisis del fallo de la suprema Corte bonaerense que autoriza aborto
- . Ningún derecho asiste a matar a una persona
- . Educación para vivir
- . Discurso de S.S. JP II "Tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo"
- . Reflexiones sobre los problemas científicos y éticos relativos al estado vegetativo
- . Reflexiones acerca de la nutrición artificial e hidratación
- . La eutanasia en Holanda incluso para niños menores de doce años
- . Nuevo presidente de la Pontificia Academia para la Vida: S.E.R. Mons. Elio Sgreccia
- . Mensaje de S.S. Juan Pablo II a los participantes de la XI Asamblea General de la PAV
- . Homilía de S.S. Benedicto XVI



Revista Vida y Ética
Año 6 / Nro. 2 / Diciembre 2005

- . Apertura
- . La encíclica *Evangelium Vitae*: origen y motivación
- . Teología de la vida en *Evangelium Vitae*
- . Síntesis de la mañana
- . La educación para la vida en la carta encíclica *Evangelium Vitae*
- . *Evangelium Vitae* y bioética
- . *Evangelium Vitae*: su eco en Norteamérica
- . El cuidado de la salud a diez años de la *Evangelium Vitae*
- . *Evangelium Vitae*, leyes y legisladores
- . *Evangelium Vitae*: su valor y vigencia ante los desafíos legislativos sobre la vida
- . Pena de muerte. Enseñanza de *Evangelium Vitae*
- . Algunas consideraciones en torno al cuerpo humano a la luz del magisterio de Juan Pablo II
- . *Evangelium Vitae* y tercera edad
- . *Evangelium Vitae* y familia
- . *Evangelium Vitae* y aborto
- . El derecho de los padres ante una posible ley de "educación sexual": Solicitud publicada en el diario La Nación por la Facultad de Derecho, el Instituto para el Matrimonio y la Familia y el Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Católica Argentina
- . Declaración episcopal sobre el proyecto de educación sexual – CEA. Comunicado emitido por la agencia Informativa Católica Argentina (AICA)
- . Las personas homosexuales dentro de la Iglesia
- . Salud: firme oposición a la ley de donante presunto. Para la Iglesia viola la libertad de la persona
- . El acto debe ser voluntario
- . Mensaje del Cardenal Javier Lozano Barragán con ocasión de la Jornada Mundial contra el Sida
- . Instrucción sobre los criterios de discernimiento vocacional en relación con las personas de tendencias homosexuales antes de su admisión al seminario y a las órdenes sagradas
- . Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos
- . Algunas consideraciones respecto de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos adoptada por la Conferencia General de la Unesco



PARA ADQUIRIR CUALQUIERA DE LAS
PUBLICACIONES DIRIGIRSE AL:

Instituto de Bioética de la
Pontificia Universidad Católica Argentina
Av. Alicia M. de Justo 1400
C1107AFB - Buenos Aires, Argentina
Fax: (+5411) 4349-0284
E-mail: bioetica@uca.edu.ar

Revista Vida y Ética Año 7 / Nro. 1 / Junio 2006

- . Los alimentos transgénicos: un desafío científico, bioético y jurídico
- . Bioética y microprematuros
- . Pasos hacia una bioética universal: la Declaración de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO
- . Jornada en Conmemoración del Día del Niño por Nacer
- . En servicio de la vida humana. Reflexiones filosóficas a partir de la Carta de los agentes sanitarios
- . Declaración con motivo de la ley que propone la legalización de la ligadura de trompas y la vasectomía
- . Relaciones lábiles
- . La Iglesia pide una educación sexual "positiva y prudente"
- . Hay que educar en los afectos y tomar algunos recaudos
- . La Iglesia insiste en que se debe defender la vida. Rechazo de católicos al proyecto de juristas
- . Cambios al Código Penal: el aborto siempre es un crimen. Comunicado de la Agencia Informativa Católica Argentina (AICA)
- . La Iglesia ante el proyecto de ligadura de trompas y vasectomía. Comunicado de prensa de la Conferencia Episcopal Argentina
- . Comunicado del Secretariado Nacional para la Familia
- . Discurso del Santo Padre Benedicto XVI a los miembros de la XII Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida
- . Congreso Internacional: El embrión humano en la fase de la preimplantación. Declaración Final de la XII Asamblea General de la Academia Pontificia para la Vida
- . Intervención del Card. Javier Lozano Barragán, jefe de la delegación de la Santa Sede, en la reunión de alto nivel de las Naciones Unidas sobre el tema VIH/SIDA

NOVEDADES BIBLIOGRÁFICAS

El Instituto de Bioética de la Universidad Católica Argentina cuenta con una biblioteca especializada de alrededor de 2000 volúmenes y recibe 20 publicaciones periódicas de bioética.

Durante el año, se han sumado a nuestro fondo bibliográfico las publicaciones que citamos en esta sección.

- **BIODIVERSIDAD Y BIOTECNOLOGÍA: REFLEXIONES EN BIOÉTICA**

Autor: María Celestina Donadío Maggi de Gandolfi
EDUCA, Buenos Aires, 2004

- **BIOÉTICA HOY Y MAÑANA: HERRAMIENTAS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE LA CIUDADANÍA**

Resúmenes de las 10^{as.} jornadas argentinas y latinoamericanas de Bioética

Coordinadores: Pedro F. Hooft - Miguel A. Ciuro Caldani - Horacio Salvador
Ed. Suárez, Mar del Plata, 2005

- **BIOÉTICA, RELIGIÓN Y DERECHO**
Actas del curso de verano de la Universidad Autónoma de Madrid celebrado en Miraflores de la Sierra del 14 al 16 de julio de 2005

Fundación Universitaria Española, Madrid, 2005

■ **DISTANASIA**

¿Hasta cuándo prolongar la vida?
(Versión en portugués)

Autores: Leo Pessini

Ediciones Loyola y Centro Universitario San Camilo, San Pablo, 2001

■ **ÉTICA CLÍNICA**

Un enfoque práctico de la decisión ética en medicina clínica
(Versión en italiano)

Autores: Albert R. Jonson - Mark Siegler - William J. Winslade

Edizione italiana a cura di Antonio G. Spagnolo, Milán, 2000

■ **ÉTICA DE LA PROCREACIÓN**

Anticoncepción, procreación, fecundación artificial, aborto

Autor: Martin Rhonheimer

(traduzione dal tedesco di Ellero Babini)

Pontificia Universidad Lateranense, Roma, 2000

■ **GOBERNAR PARA LAS FAMILIAS**

Autor: Ignacio Garda Ortiz

Ed. de la Fundación Civilidad, Buenos Aires, 2002

■ **HACIENDO EL HOSPICE: CRÓNICAS Y APUNTES**

El libro del 1^{er}. año

Compilador: Marcelo Medylewski

Dunken, Buenos Aires, 2004

VIDA Y ÉTICA

Publicación semestral del Instituto de Bioética

RENOVACIÓN DE SUSCRIPCIÓN

Deseo renovar mi suscripción y recibir los ejemplares 2007

Deseo recibir algún ejemplar suelto (N°.....)

Formas de pago:

Cheque nominal:
a favor de Fundación Universidad Católica Argentina, no a la orden

Giro Postal:
a nombre de Fundación Universidad Católica Argentina

Depósito:
Banco Galicia Casa Central
- Caja de ahorro en \$ Arg. N° 9750179-1 999-1
(Importante: enviar el comprobante de depósito vía fax)

Efectivo

Actualización de datos para la recepción de VIDA Y ÉTICA

Nombre y apellido:

D.N.I.:

¿Desea cambiar el domicilio de recepción de la revista?

Domicilio nuevo (completo):

Teléfono / Fax actualizado:

E-mail:

MONTOS DE SUSCRIPCIÓN

ANUAL

(2 EJEMPLARES):

Argentina, \$ 62

Exterior, U\$S 50

VALOR DE EJEMPLARES

SUELTOS:

Argentina, \$ 35

Exterior, U\$S 27

Por favor, remitir el presente cupón de suscripción a:
Instituto de Bioética - Pontificia Universidad Católica Argentina
Av. Alicia M. de Justo 1400 · C1107AFB · Buenos Aires · Argentina
O vía fax al: (+54 11) 43490284

